DU MANUEL OPÉRATOIRE

N° 37

DANS

L'OPÉRATION DE PORRO

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 12 juillet 1884

PAR

Félix CORDES

Né à Avignon (Vaucluse)

Ex-Interne des hôpitaux d'Oran et de Bône

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... .... }

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	N...
Opérations et appareils.	N...

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBRUEIL, *président ;*
JAUMES, professeur ;
ROUSTAN, agrégé ;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Aïeul le Docteur IMBERT DE LONNES

Inspecteur général du service de santé
Chirurgien en chef de l'armée de réserve (28 germinal an 8)
Membre correspondant de l'Académie des sciences de Montpellier (1791)

A la Mémoire de mes Grands Parents

A mon arrière Grand'Mère IMBERT DE LONNES

A mon Père, à ma Mère

A mes Sœurs, à mon Beau-Frère, à ma Nièce

F. CORDES

A mes Oncles **CORDES** et **DE SÉGUIER**

A mes Parents

A mon Président de Thèse

A mes Maîtres

A mon Camarade d'études Lubomir **SÉRAPHIMOFF**

A mes Amis

F. CORDES

INTRODUCTION

Le jeudi 18 avril 1884, l'opération de Porro a, pour la première fois, été pratiquée à Montpellier par M. L. Dumas, professeur-agrégé à la Faculté de cette ville. L'idée nous est venue alors de choisir comme sujet de notre thèse inaugurale cette opération toute moderne, défendue par les uns, repoussée par les autres, considérée même comme immorale. Nous avons commencé par rechercher tout ce qui avait été écrit et mentionné à ce sujet, et de l'ensemble de ces lectures il est résulté cette opinion qu'il était nécessaire de s'occuper plus spécialement du manuel opératoire. Les méthodes employées sont très nombreuses, et sans aucun doute le succès ou l'insuccès, la guérison ou la mort ont dépendu dans la plupart des cas du plan que l'on avait adopté. Il est donc de la plus grande importance de déterminer, si c'est possible, quel est celui qui est le meilleur.

Nous avons donc laissé complètement de côté la partie historique de cette question. Nous n'entrerons pas non plus dans la discussion pourtant si intéressante des indications ou des contre-indications de cette opération. Des voies plus autorisées se sont déjà élevées à cet effet, et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux écrits si remarquables et si pleins d'intérêt de MM. Pinard, Alessandri de

Milan, Müller de Berlin, Porro de Pavie. On y verra la place assignée à l'accouchement prématuré artificiel, à l'embryotomie sous toutes ses formes, et on déduira le rôle réservé à l'amputation utéro-ovarique.

Notre but à nous est de présenter cette question sous son point de vue éminemment pratique. L'opération de Porro est décidée. La mère et le fœtus sont vivants. Il faut délivrer la mère, conserver sa vie et celle de son enfant, et si celui-ci est mort, en débarrasser l'organisme maternel pour lequel il va devenir une source de dangers immédiats.

Comment et par quel procédé ?

C'est ce que nous chercherons à déterminer.

Nous nous aiderons pour cela de toutes les données que nous avons pu recueillir; nous mettrons largement à contribution la publication de M. Chalot sur le pédicule dans l'opération de Porro, la thèse de M. Maygrier. Les travaux du Dr Godson et ceux parus en Italie, en Allemagne ou en Angleterre. Nous essayerons de mentionner, sans en point oublier, tous les procédés, toutes les modifications proposés par les auteurs, espérant rendre quelque service au praticien en lui offrant réunis dans cette thèse tous les renseignements qui pourront le guider dans le choix du plan opératoire, lorsqu'il se trouvera dans la nécessité de pratiquer cette opération.

Nous publierons à la fin de notre étude l'observation de l'opération pratiquée par M. Dumas, la seule à laquelle il nous a été donné d'assister.

Nous relaterons aussi trois cas qui, s'ajoutant à ceux parus dans la statistique de Godson, augmentée des deux cas de Fehling cités dans la thèse de Daucourt, donneront, avec

celui de M. Dumas, le total de toutes les amputations utéro-ovariques pratiquées jusqu'à ces derniers temps, ainsi que les proportions de la mortalité maternelle.

Avant de terminer ce court préambule, il est de notre devoir d'exprimer à M. le Professeur L. Dumas notre respectueuse gratitude pour avoir bien voulu nous faciliter nos recherches et nous avoir autorisé à publier le compte-rendu de l'opération qu'il a pratiquée dans son service. Nous prions aussi M. le professeur Chalot, chef des travaux anatomiques, d'agréer nos remercîments bien sincères pour les renseignements et les traductions qu'il a bien voulu nous communiquer, toutes conditions qui nous ont facilité la rédaction de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0086

DU MANUEL OPÉRATOIRE

DANS

L'OPÉRATION DE PORRO

Il est bon, avant de commencer cette étude, de se poser cette question qui intéresse naturellement l'opérateur, de savoir à quel moment de la grossesse il faut faire cette opération. Dans nombre de cas le travail était commencé depuis un temps plus ou moins long, des tentatives infructueuses avaient été faites pour la délivrance de la femme. Celle-ci était moribonde, ou tout au moins épuisée pendant ce long et laborieux travail pendant lequel les parties molles avaient même été contusionnées et alors que des déchirures s'étaient produites à la suite de tentatives faites pour la délivrer au moyen du forceps ou des divers instruments employés pour l'embryotomie. Dans quelques cas, l'utérus avait été rompu, et le fœtus ainsi que le placenta étaient tombés dans la cavité abdominale.

Il est certain que ces conditions sont défavorables au plus haut point, que la plupart exposent à la péritonite, quelques-unes à la septicémie. De plus, l'épuisement nerveux doit être mis en ligne de compte, et dans de telles circonstances le

succès se trouve considérablement compromis tant pour la mère que pour l'enfant qui reçoit le contre-coup des souffrances maternelles.

Il n'est pas besoin d'insister longuement pour arriver à cette conclusion que l'amputation utéro-ovarique doit être pratiquée bien avant que des complications aussi sérieuses se produisent : dans le cas de rupture utérine, c'est immédiatement qu'il faudra se décider ; on augmentera de cette façon les chances de succès.

Nous citerons à cet effet une statistique intéressante de Harris que Maygrier consigne dans sa thèse, celle de Hadfort qui montrent clairement que la mortalité augmente quand l'opération a lieu le travail étant commencé depuis longtemps. Plus on opère tardivement, moins nombreuses sont les chances de réussite. Ces cas ont été relevés à la suite de l'opération césarienne, mais dans l'opération de Porro ces conditions restent les mêmes, puisque c'est à l'état général qu'elles s'adressent, état qui doit toujours être ménagé, quelle que soit l'opération à laquelle on donne la préférence.

Mais quelle conduite devra tenir l'opérateur lorsqu'il aura pendant le cours de la grossesse reconnu l'impossibilité d'un accouchement naturel, ou lorsqu'il sera certain que par suite des malformations du bassin, l'embryotomie ne pourra parvenir à délivrer la mère ? Après s'être décidé pour l'opération de Porro, devra-t-il attendre que le travail soit commencé, ou agira-t-il avant l'apparition des premières douleurs ? Cette question a déjà été soulevée pour l'opération césarienne, et on admet généralement qu'il faut attendre pour opérer que le travail commence. Ainsi que l'a écrit Barnes : « on appelle le plus possible à son aide les forces naturelles. On croit que l'époque fixée par la nature est celle où tout a été disposé pour le rétablissement ; tout l'organisme a été mieux préparé : les muscles utérins sont complètement développés et entrés

en contraction, il semble raisonnable d'espérer que la blessure de l'utérus se fermera mieux et que les modifications qui suivent l'accouchement se produiront avec moins de dangers.» Ces considérations ne peuvent pas nous guider entièrement dans l'opération de Porro où l'on n'a plus à se préoccuper de la plaie utérine, mais on peut concevoir cependant qu'en respectant ainsi les lois de la parturition, l'utérus et l'organisme en général se trouveront mieux disposés à supporter le traumatisme opératoire, à réagir dans la suite: l'enfant aura plus de chances de vivre, et l'effacement du col qui se produit à ce moment favorisera peut-être l'écoulement des lochies par le vagin.

Müller, de Berlin, n'est pas cependant de cet avis; il conseille de pratiquer l'opération avant le début des douleurs, 14 jours environ avant le terme présumé de la grossesse.

Nous nous rangerons à l'opinion de la majeure partie des accoucheurs, et imitant l'exemple de M. Dumas, nous conseillerons d'attendre pour opérer l'apparition des contractions de l'utérus.

Nous allons maintenant décrire l'opération dans son ensemble. Nous déduirons de cet exposé les temps principaux qui nous serviront de cadre pour l'exposition et la discussion des divers procédés, instruments et modifications proposés par certains auteurs.

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION

Soins préliminaires.— Et tout d'abord, lorsque surtout la décision ayant été prise à l'avance, on aura tout le temps d'agir, il faut placer la femme dans de bonnes conditions hygiéniques. Il est de toute utilité de bien préparer le terrain afin qu'il soit aussi bon que possible, et pour cela on aura

soin de bien nourrir la malade, de relever ses forces par un traitement approprié, dans le cas où par le fait de sa grossesse ou de toute autre cause celles-ci auraient périclité. Il faut la loger dans une chambre aérée, s'occuper de son moral, l'encourager, lui faire comprendre la nécessité de l'opération, précautions qui ne sont pas sans importance surtout chez des femmes nerveuses, impressionnables.

On préparera les instruments nécessaires, des solutions phéniquées, des éponges, etc., et l'on se conformera exactement à toutes les exigences de la méthode listérienne.

Un peu avant l'opération, et suivant la pratique suivie par tous les chirurgiens, on administrera à la malade un lavement ou deux afin de s'assurer de la liberté du ventre, précaution qui pendant l'opération aura pour conséquence de supprimer l'issue des matières fécales, et qui évitera dans la suite et pendant quelque temps à la malade tout effort de défécation.

Il faudra s'assurer qu'il n'y a pas d'anses intestinales interposées entre l'utérus et la paroi intestinale. Il faudrait, en pareil cas, prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas les atteindre avec le bistouri.

On aura soin de bien déterminer à l'avance la position du fœtus, ce qui en facilitera l'extraction lorsque l'utérus aura été ouvert.

On a conseillé aussi de bien ausculter l'abdomen avant de l'inciser, afin de connaître aussi exactement que possible la situation du placenta et de l'éviter pour supprimer l'hémorrhagie consécutive à sa section.

Radfort prétend : «que la perception du souffle placentaire doit nous guider dans la recherche du point d'où partent ces murmures, et avec beaucoup d'attention nous pouvons presque toujours nous assurer que le placenta est fixé dans telle ou telle partie de l'utérus. Si ce bruit n'est pas perçu, nous

pouvons en conclure que cet organe ne peut pas être atteint par le bistouri, dans le cas où l'enfant est vivant.»

Godson cependant n'hésite pas à dire que c'est là un raisonnement fallacieux ; à différentes reprises, il avait ainsi que d'autres médecins ausculté la malade qu'il devait opérer, afin de chercher le souffle utérin ; on ne l'entendait pas et cependant le placenta était inséré en entier sur la paroi antérieure de l'utérus, et nulle autre part. Godson affirme aussi que dans d'autres cas où on avait perçu le souffle en avant, on trouva le placenta inséré sur la paroi postérieure. Dans une communication faite par lui au *British medical association*, il présente l'utérus enlevé à sa malade et qui donne un exemple probant de ce qu'il démontre. Nous pensons que cette précaution est de peu de valeur, et ne donne pas des résultats assez précis pour qu'on se repose sur elle en toute confiance.

On procédera à la toilette de la femme: il faut prendre soin de la couvrir suffisamment pour qu'elle ne se refroidisse pas au courant de cette longue opération. On entoure complètement ses jambes jusqu'à la racine des cuisses avec de la ouate que l'on recouvrira ensuite d'une toile cirée, le tout étant maintenu par des bandes de flanelle. Le pulvérisateur qui en fonctionnant va projeter un nuage humide ne pourra de cette manière mouiller cette partie du corps et occasionner un refroidissement qui pourrait être très préjudiciable à la malade.

L'opérateur et ses aides se laveront avec soin dans une solution phéniquée. On fera fonctionner pendant toute la durée de l'opération un appareil de pulvérisation à vapeur.

La femme est transportée sur le lit de Cintrat ou de Mariand, et tout étant prêt, un aide donne le chloroforme à la femme. Celle-ci étant endormie, l'opérateur se place entre

les cuisses de la malade, qui sont écartées et maintenues dans des gouttières en fil de fer.

On vide alors la vessie; on lave avec soin l'intérieur du vagin ainsi que les parties génitales externes et la paroi abdominale avec une solution phéniquée forte. On a soin aussi de pratiquer le cathétérisme pour déterminer la situation exacte de la vessie.

Manuel opératoire.— On incise l'abdomen couche par couche; on n'intéresse tout d'abord que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis on divise lentement et successivement jusqu'au péritoine les parties profondes, en ayant soin d'appliquer une pince hémostatique sur tout vaisseau de la paroi qui sera ouvert dans le cours de cette incision.

Quand on est arrivé sur le péritoine, on le saisit avec des pinces: on lui fait une boutonnière avec le bistouri, et on l'incise sur la sonde canelée dans toute la longueur de la plaie abdominale.

On arrive ainsi sur l'utérus que l'on ramène sur la ligne médiane, de telle sorte que le diamètre longitudinal de sa face antérieure corresponde au grand diamètre de l'incision cutanée. On le maintient appliqué contre les lèvres de la plaie abdominale et on l'incise couche par couche. On rompt ensuite les membranes et on extrait le fœtus. On applique deux ligatures sur le cordon en se conformant aux conseils recommandés dans tous les accouchements, et on coupe avec les ciseaux entre les deux lacs. On attire l'utérus au dehors et on fait l'hémostase au moyen d'appareils de constriction appliqués un peu au-dessus du col de l'utérus qu'on incise alors ainsi que les ovaires; on obtient de cette façon un pédicule que l'on peut traiter de deux manières qui sont, l'une externe, l'autre interne; de là par conséquent deux traitements, extra-péritonéal et intra-péritonéal.

On procède à la toilette du péritoine; on désinfecte le moignon et on suture la paroi abdominale.

Le pansement et les soins consécutifs sont les mêmes que pour l'opération césarienne et l'ovariotomie. On devra employer dans toute sa rigueur la méthode de Lister.

D'après cette description sommaire, nous voyons que cette opération est composée de six temps fondamentaux qui sont:

1° L'incision de la paroi abdominale.

2° L'incision de l'utérus.

3° L'extraction du fœtus.

4° L'hémostase.

5° L'amputation de l'utérus et des ovaires, et le traitement du pédicule.

6° La toilette du péritoine. La suture de la paroi abdominale. Le pansement.

Nous allons donc suivre l'ordre de ce tableau pour étudier en détail et discuter ensuite les divers procédés proposés par les opérateurs.

1° INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE.

On commence d'ordinaire cette incision à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis et on lui donne une longueur de 16 à 17 centimètres.

Cette longueur donnée à l'incision présente une importance particulière, le chiffre de 16 à 17 centimètres étant en rapport avec le volume d'une tête de fœtus à terme.

M. Budin a fait, en effet, remarquer que la circonférence sous-occipito frontale étant en moyenne de 53 centimètres, les deux lèvres de l'incision abdominale doivent avoir la longueur dont nous parlons, pour qu'en s'écartant elles puissent

former une ouverture suffisante pour le passage de cette cir conférence.

On laisse d'ordinaire l'ombilic soit à droite soit à gauche; on le contourne à cet effet avec le bistouri.

M. Lucas-Championnière conseille de faire l'incision de telle façon que l'ombilic occupe son milieu. Il y voit l'avantage de pouvoir ouvrir l'utérus sur un point plus élevé, ce qui permet de n'intéresser qu'une partie de sa face antérieure, et ne met pas dans l'obligation d'enlever tout le corps de l'organe. On obtient ainsi un pédicule plus long et moins exposé à être tiraillé, ce qui peut présenter des avantages dans le cas du traitement extrapéritonéal du pédicule.

Mais, comme le fait remarquer le Dr Mangiagalli, on laisse de cette manière une grande quantité de tissu utérin offrant une large plaie, ce qui peut engendrer de graves inconvénients, la septicémie, etc. De plus, les adhérences étant en plus grande quantité, à cause précisément de la surface plus étendue du moignon, on aura après la chute des parties mortifiées à craindre des tiraillements occasionnés par les parties adhérentes. Enfin, plus l'incision se prolonge vers le sommet de l'utérus, et plus on aura à redouter, lorsque celui-ci sera vidé de son contenu, la sortie d'anses intestinales.

Ces diverses remarques méritent d'être prises en considération, et peut-être vaudrait-il mieux ne pas suivre le conseil donné par M. Lucas-Championnière et commencer l'incision à 5 ou 6 centimètres de la symphyse pubienne.

Müller, dans une modification qu'il a proposée, et qui consiste à extraire de la cavité abdominale l'utérus et son contenu, sitôt l'incision de l'abdomen et du péritoine terminée, conseille de donner à l'incision de la paroi abdominale des dimensions plus considérables qui doivent atteindre 19 à 20 centimètres.

Quelques opérateurs ont pu suivre cette méthode : tels sont

Litzman, Breisky, Fehling, G. Braun, et M. Tarnier dans sa première opération. Seule, l'opérée de Breisky a survécu.

Mais d'autres accoucheurs n'ont pas pu arriver à extraire l'utérus en masse. Le professeur Tibour rencontra les plus grandes difficultés ; il fut obligé de prolonger sa première incision, de ponctionner les membranes pour que l'écoulement du liquide amniotique diminuât le volume de la masse à extraire, et malgré toutes ces précautions, l'utérus ne passa qu'avec les plus grandes difficultés, et les bords de la plaie furent très fortement contusionnés.

G. Braun dans ses 2e et 3e opérations, essaya en vain de faire sortir l'utérus par la plaie abdominale : il ne put y parvenir et fut obligé de l'inciser *in situ*. Le professeur Chiara dans trois cas où il voulut attirer l'utérus gravide au dehors n'y réussit qu'une fois, et en tiraillant et contondant les angles et les bords de la plaie ; dans les autres cas, il y eut des déchirures de la trompe dans ces tentatives d'extraction qui demeurèrent infructueuses, de sorte que l'utérus dût être incisé dans la cavité abdominale. C'est à cause de toutes ces difficultés qu'il faut, ainsi que nous venons de le dire, faire une incision de 19 à 20 centimètres.

Mais il y a une remarque importante à faire ; les femmes rachitiques sur lesquelles on opère ordinairement sont de petite taille, et combien alors proportionnellement l'ouverture du ventre va être considérable. De plus et inévitablement, le péritoine va être tiraillé, déchiré peut-être, toutes circonstances qui seront un danger de péritonite. Le passage de l'utérus volumineux à travers la plaie abdominale, va forcément aussi en contusionner les bords et peut-on croire que cette circonstance n'aura pas de suites fâcheuses au point de vue de la cicatrisation ? La réunion immédiate sera très-difficile à obtenir, si l'inflammation du péritoine ne vient avant tout enlever la malade.

Nous pensons donc toutes ces complications peu propres à faire entrer définitivement ce procédé dans la pratique ; nous verrons plus loin qu'on peut lui adresser encore d'autres reproches. Aussi nous nous rangeons de l'avis de ceux qui préfèrent inciser l'utérus *in situ*.

L'incision du péritoine ne mérite aucune considération particulière, on la pratiquera ainsi que nous l'avons mentionné dans la description sommaire que nous avons faite de l'opération.

2° INCISION DE L'UTÉRUS.

Deux aides doivent appuyer fortement les lèvres de l'incision sur l'utérus pour éviter tout écoulement de sang dans la cavité péritonéale au moment de l'ouverture de cet organe et pour empêcher aussi la pénétration du liquide amniotique dans cette cavité, lorsque les membranes de l'œuf seront rompues.

On incise la face antérieure de l'utérus sur la ligne médiane lentement, peu à peu, en même temps qu'un aide éponge constamment la plaie pour étancher le sang qui peut gêner l'opérateur. Cette incision qui est faite sur une grande partie de la hauteur de l'utérus a été modifiée par M. Lucas-Championnière, ainsi que nous l'avons dit en parlant de l'incision de la paroi abdominale.

M. Tarnier s'est demandé si on ne pouvait pas, afin d'éviter la moindre perte de sang, déchirer le tissu utérin au lieu de le couper et si de cette façon on ne procéderait pas plus rapidement. Il a employé, avec succès, ce procédé. Après avoir fait une simple boutonnière à la paroi utérine avec le bistouri, il a introduit les deux index dans cette

ouverture et a pu déchirer alors facilement et rapidement le tissu utérin et pénétrer ensuite dans la cavité utérine.

Il arrive assez fréquemment, quand on incise l'utérus, d'intéresser par le bistonri, le placenta lorsqu'il se trouve inséré sur la face antérieure. Il se produit alors une hémorrhagie effrayante au premier abord et qu'il faut prévoir pour ne pas s'en inquiéter. Il suffit, en effet, d'agrandir rapidement l'ouverture de l'utérus soit avec des ciseaux, soit en déchirant le tissu avec le doigt, de décoller le placenta et d'extraire l'enfant.

Le Dr Godson suit le procédé de M. Tarnier; il ne fait que ponctionner l'utérus avec le bistouri et il le déchire ensuite avec les doigts. Mais sa méthode diffère dans la direction donnée à l'incision. Voici ce qu'il dit à ce sujet: « L'utérus mis à nu, nous remarquâmes que sa face antérieure était très pâle, ce qui pouvait faire croire que le placenta s'insérait sur la paroi antérieure; aussi, je fis, aussi bas que possible, c'est-à-dire à peu près à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs une petite incision suffisante pour introduire le doigt ; un sang veineux s'écoula et l'on put voir les membranes. Je portai immédiatement les mains sur la plaie et j'ouvris l'utérus en le déchirant transversalement.» Et plus loin, voici comment il apprécie son procédé: « La méthode que je suis pour sectionner l'utérus est nouvelle et je ne vois pas de raison qui l'empêchent d'être adoptée. En ce qui concerne la situation et la direction de l'incision, elle est juste au-dessus de l'orifice interne et elle est dirigée transversalement. Celle-ci se fait plus vite, elle est en dehors du placenta... On déchire l'utérus avec plus de rapidité, on a plus de chances d'éviter l'hémorrhagie, avantage que ne donne pas l'incision faite avec le bistouri.

Il se peut que le déchirement de l'utérus offre des avan-

tages sur l'incision faite avec le bistouri, puisqu'en procédant ainsi on diminue l'abondance de l'hémorrhagie et l'on agit plus rapidement.

Mais nous ne sommes pas de l'avis du Dr Godson, en ce qui concerne la direction qu'il conseille de donner à cette section. Dans les cas surtout où l'utérus est incisé *in situ*, l'écartement des bords de la plaie abdominale peut ne pas être assez considérable pour permettre d'ouvrir transversalement l'utérus, ce qui rendrait plus difficile peut-être impossible, ce temps de l'opération.

Enfin, l'avantage d'éviter le placenta dans l'incision est de peu d'importance, puisque nous avons vu qu'il n'y avait pas lieu de s'effrayer de l'hémorrhagie consécutive qui, disons-le, ne se produit pas toujours, le placenta pouvant s'insérer partout ailleurs que sur la face antérieure de l'utérus.

Aussi, croyons-nous plus avantageux de faire l'incision sur la ligne médiane et peut-être de déchirer le tissu utérin avec les doigts à cause des avantages signalés par M. Tarnier.

3° EXTRACTION DU FŒTUS.

Lorsque l'utérus est ouvert, on introduit la main dans sa cavité, on rompt les membranes et on va à la recherche du fœtus, dont aura bien déterminé à l'avance la position, ainsi que nous l'avons dit plus haut : il sera alors facile de le saisir. La règle doit être de prendre la partie qui se présente sous la main, et comme ce sont d'ordinaire les pieds que l'on rencontre les premiers, ce sont eux que l'on doit saisir pour amener le fœtus au dehors.

Le Dr Godson pense cependant que l'extraction par le

cou offre des avantages sur l'extraction par les extrémités inférieures; il se base sur ce que l'utérus peut se contracter autour de la tête lorsque celle-ci vient la dernière, ce qui entraînerait alors un retard et des difficultés dans ce temps de l'opération.

Nous ne partageons pas cet avis ; il nous semble plus facile de saisir les pieds, surtout lorsqu'ils se présentent, que d'aller à la recherche de la tête ; de plus, le volume des doigts en venant augmenter la circonférence occipito-frontale, va forcément rendre plus volumineuse la masse à extraire qui passera pas conséquent avec plus de difficultés à travers les lèvres de l'incision. Quant au retrait des parois utérines autour du cou du fœtus, il est peu probable qu'il ait le temps de s'effectuer, car il ne se produira que quelques instants après que l'utérus aura été vidé de son contenu, et comme l'extraction est rapide, on aura beaucoup de chances d'éviter cette difficulté.

Dans le cas où pareil inconvénient se produirait, il serait facile d'écarter les deux lèvres de la plaie utérine pour vaincre l'obstacle.

Une fois que l'on a extrait le fœtus, on procède à la ligature du cordon ombilical, on place deux lacs et on sectionne la partie intermédiaire. On remet alors l'enfant à un aide qui lui donne les premiers soins.

Dans l'opération que nous avons vu pratiquer, le placenta est venu avec le fœtus. A l'exemple de M. Dumas, nous conseillerons de remettre aussitôt l'enfant avec le placenta à un aide qui procédera à la ligature du cordon. Il aura seulement la précaution de pincer le cordon avec les doigts jusqu'à ce qu'il soit lié, afin d'éviter toute perte de sang qui pourrait être préjudiciable à l'enfant.

Si enfin pendant l'extraction du fœtus, il survenait quelque forte hémorrhagie, on pourrait, pour aller plus vite

pincer encore le cordon, le sectionner et remettre l'enfant à un aide qui s'occuperait ensuite de la ligature. De la sorte, l'opérateur pourrait plus rapidement combattre l'hémorrhagie.

4° HÉMOSTASE.

Dès que l'enfant a été extrait, il faut s'occuper de l'hémostase.

Tout d'abord on applique sur les bords de la plaie utérine deux grandes pinces à kystes ovariques, et on amène avec elles le corps de l'utérus hors du ventre.

A ce moment, les intestins peuvent sortir en masse de la cavité abdominale : il faut donc se tenir prêt pour s'opposer à cette éventualité, et si les anses intestinales sortent, on les réduit avec une flanelle chaude phéniquée ou salicylée.

Etudions maintenant les moyens et procédés techniques que l'on peut employer pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie soit primitive, soit secondaire.

Aussitôt que l'utérus est sorti de la cavité abdominale, un aide le saisit fortement avec les deux mains, aussi près que possible du col, et le maintient ainsi jusqu'à ce que la ligature soit posée.

Tantôt on a fait la constriction en masse du pédicule, tantôt et plus souvent, on a divisé le pédicule en deux segments, ce qui est plus rationnel et plus avantageux.

Porro traverse le tissu utérin de part en part avec un trocart, à l'union du col et du corps : il passe par la canule deux fils métalliques qui sont serrés l'un à droite, l'autre à gauche. Il excise au-dessus.

M. Tarnier (obs. 2, thèse de Maygrier), après avoir tiré de l'abdomen l'utérus et ses annexes, applique avec le cons-

tricteur de Cintrat, une anse en fil de fer autour de l'utérus à l'union du col et du corps : une broche en acier est enfoncée transversalement dans le tissu utérin juste au-dessus de cette anse, et un second fil est placé de la même façon que le premier immédiatement au-dessus de la broche, c'est-à-dire au-dessous des ovaires et des trompes. Il y a ainsi deux ligatures métalliques superposées et séparées l'une de l'autre par une broche métallique, qui se trouve solidement assujettie entre les deux fils de fer.

Ce même auteur a trouvé utile d'enfoncer dans le tissu utérin une seconde broche, perpendiculairement à la première et à une petite distance.

M. Lucas-Championnière suit le même procédé.

M. Godson glisse sa main gauche dans le pelvis pour saisir le col de l'utérus et arrêter l'hémorrhagie, et tandis qu'il tient l'utérus de la main gauche, il applique de la main droite le fil du serre-nœud de Koeberlé, de façon à embrasser à la fois les ovaires, les trompes et l'utérus et cela à peu près au niveau de l'orifice interne..... Il lie..... il tord... Il coupe l'utérus avec des ciseaux. Puis il applique quelques gouttes de perchlorure de fer sur le moignon qu'il traverse avec précaution de deux broches au-dessus du fil du serre-nœud, et pour plus de sécurité, il place au-dessous une forte ligature de soie.

Quel que soit le procédé mis en usage, au moment de serrer le fil constricteur, on devra s'assurer que les trompes et les ovaires sont placés au-dessus de lui et qu'il n'en reste aucune partie au niveau même du fil. Malgré ces précautions, il arrive quelquefois qu'une portion d'ovaire reste prise dans la ligature. Ce fait n'a pas un grand inconvénient toutefois, puisque M. Maygrier cite deux observations dans lesquelles il s'est produit sans accidents consécutifs. Cette portion de la glande s'élimine alors avec le reste du pédicule.

L'emploi de broches en acier est chose très importante, car dans le cas VIII cité dans la statistique de Godson, bien que le constricteur de Cintrat eût été laissé en place, le pédicule se détacha à la suite des vomissements survenus chez l'opérée, accident qui ne serait peut-être pas arrivé si on s'était servi de ces broches pour fixer le pédicule à l'extérieur.

On a conseillé de fabriquer ces broches en ivoire : on leur a donné différentes formes ; ce sont là des détails de peu d'importance, sur lesquels nous jugeons inutile d'insister plus longuement.

Il faut avoir soin, une fois que les broches ont été mises en place, de garnir leur extrémité d'un corps quelconque, un morceau de liège par exemple, afin d'éviter tout déchirement des parties environnantes.

Pour pratiquer la constriction, Porro se servait du constricteur de Cintrat, et laissait tout l'appareil en place sous le pansement. Cette méthode a été généralement suivie en Italie, quoique quelques opérateurs se soient seulement servi de l'instrument pour serrer la ligature du fil et l'aient enlevé immédiatement après. Le Dr Chara ne l'a laissé en place que dans sa première opération. Il a écrit lui-même que c'est là un mauvais procédé, qu'il a abandonné dans la suite.

Margiagalli partage cet avis. Godson pense aussi que cet instrument est beaucoup trop grand et embarrassant ; il préfère se servir du serre-nœud de Kœberlé qui, à son avis, remplit parfaitement le but qu'on se propose. Il l'a employé et il trouve que c'est un instrument facile à appliquer, et qui permet de resserrer de temps en temps et avec la plus grande facilité la ligature qui devient lâche à mesure que le pédicule se rétracte. De plus, il est beaucoup trop petit pour gêner les malades.

Dans certains pays, et particulièrement à Vienne, c'est l'écraseur à chaîne qui est en honneur. On emploie celui de

Chassaignac modifié par Péan et par Billroth. On enlève ensuite l'instrument sauf la chaîne qui est maintenue par la vis du sommet. Cet instrument présente cependant un inconvénient: quelquefois la chaîne déchire entièrement le pédicule, ce qui occasionne une hémorrhagie. La statistique de Godson donne plus d'un exemple de ce fait qui nécessita l'emploi consécutif du clamp ou d'une ligature en fil de fer.

Velponer, assistant à la clinique obstétricale de Vienne, s'exprime à ce sujet de la façon suivante: «Jusqu'à présent, dit-il, nous avons vu employer pour serrer le pédicule et le maintenir hors de l'abdomen, le serre-nœud de Cintrat, la chaîne de l'écraseur modifié par Billroth et le clamp de Spencer-Wells. Prêt à reconnaître les succès des deux premières méthodes, nous ne pouvons en passer sous silence les inconvénients. Il est incontestable que le fil de fer serré par le serre-nœud peut glisser sur la surface libre de l'utérus, s'approcher trop près du vagin, peut-être même l'étrangler. La chaîne de l'écraseur exempte de ce défaut. En engageant l'écraseur, il faut en tous cas se garder de serrer outre mesure le tissu utérin, afin de ne pas produire une lacération de la séreuse et des muscles utérins. Cet accident arriva au professeur Wasseige de Liège, et bien qu'il réussit à dompter l'hémorrhagie consécutive, cependant l'hémostase ne fut pas permanente, et l'opérée mourut le troisième jour.»

Les inconvénients attribués par Welponer au serre-nœud de Cintrat disparaissent du moment qu'on place le fil de fer au-dessous des deux broches d'acier qui l'empêchent de glisser, comme cela a été fait dans le cas de M. Dumas.

L'accident survenu au professeur Wasseige et qu'il attribue à la très grande friabilité de l'utérus, résultat probable d'une longue misère physiologique, lui a donné l'idée de faire construire un nouveau constricteur dans lequel l'anse com-

primante est un ruban d'acier fort mince, large de 1 cent. et long de 50 cent. Cet instrument présenterait les avantages suivants : 1° striction sur une large étendue ; 2° action douce et directe ; 3° sensation plus nette de la force employée et de la résistance du tissu.

Les autres méthodes employées pour faire la ligature sont celles dans lesquelles on se sert soit d'un fil en métal, fil de fer recuit, fil de cuivre, soit d'un cordonnet de soie phéniquée, soit enfin d'un cordonnet élastique que l'on serre soit directement, soit à l'aide des divers instruments que nous venons de passer successivement en revue.

Occupons-nous maintenant en détail du procédé de Müller, proposé surtout dans le but de supprimer autant que possible toute hémorrhagie.

Cet auteur conseille d'extraire, avant de l'ouvrir, l'utérus de la cavité abdominale, d'appliquer un appareil constricteur sur le col, et de sectionner seulement alors la paroi utérine. Cette manière d'opérer diminuerait les dangers de l'hémorrhagie, et préserverait la cavité abdominale du contact des liquides provenant de l'utérus, sang, liquide amniotique.

Voici du reste comment Müller s'exprime lui-même sur les avantages qu'il attache à cette modification opératoire qu'il a exécutée avec succès : «Le résultat de ces opérations (Porro, Spaeth, C. Braun) est loin d'être défavorable, si l'on peut se permettre de tirer une conclusion d'un si petit nombre de cas ; cependant je crois devoir faire observer que par la méthode employée dans ces cas, on ne s'est qu'en partie délivré des dangers de l'opération césarienne, parce qn'on a incisé l'utérus étant encore dans la cavité abdominale, et que l'on ne l'a fait sortir de cette cavité pour l'exciser qu'après l'avoir vidé de son contenu. Il y a là deux inconvénients : d'abord l'extraction du fœtus et l'amoindrissement brusque de l'utérus peuvent, malgré toutes les précautions,

être la cause d'un mélange de sang et d'eaux dans la cavité abdominale, ce qui, d'après les expériences de Wegner, doit être considéré comme très dangereux. Ensuite, en ne serrant le col qu'après l'évacuation de l'utérus, on s'opposera aux hémorrhagies qui peuvent survenir par inertie utérine ; mais on ne peut prévenir en aucune façon les hémorrhagies qui accompagnent l'ouverture de l'utérus, l'extraction du fœtus et du placenta, et qui durent jusqu'à la constriction du col. En prévision de ces défectuosités, je m'étais proposé dans un cas semblable de faire l'extirpation d'une façon différente qui me permettrait de combattre avec succès les inconvénients signalés...»

Enfin, selon Müller, on peut toujours exécuter sa méthode, 1° parce que l'utérus, dans le cas de viciation extrême du bassin, est toujours dans un état prononcé d'antéversion et que le fond de l'organe se trouve toujours placé entre la cicatrice abdominale et la symphyse pubienne ; 2° parce que la suspension de la circulation fœto-placentaire n'est que temporaire, très courte et que l'extraction du fœtus est rapide.

G. Rein a fait cette expérience sur des femelles d'animaux ; il attire l'utérus au dehors, pose une ligature sur le col, incise ensuite la paroi utérine ; il a réussi ainsi à amener des petits vivants et à conserver la vie aux femelles. Il en conclut à la possibilité de ce procédé chez la femme et il le considère comme excellent.

Litzmann et Fehling ont modifié légèrement le mode opératoire, et au lieu de lier comme Müller définitivement le col de l'utérus gravide avant de l'inciser, ils l'ont simplement entouré d'une ligature provisoire, mais puissante, à l'aide de la bande d'Esmarch.

Dans le cas de Fehling, l'incision tomba sur le placenta et il n'y eut qu'une perte de sang insignifiante ; la bande

d'Esmarch put être solidement et facilement appliquée ; enfin, la suppression de la circulation fœtale ne fut nullement préjudiciable à l'enfant.

Il est évident qu'en employant ce procédé de Müller, on évite plus sûrement l'effusion du sang ou des eaux dans la cavité péritonéale ; mais dans toutes les opérations où l'utérus a été incisé *in situ*, il a suffi aux aides de maintenir avec leurs mains les parois abdominales appliquées contre l'utérus pour arriver au même résultat ; il a suffi aussi pour absorber tout liquide sortant de la matrice, de garnir de nombreuses éponges les bords de la plaie.

Quant à la suppression de l'hémorrhagie obtenue par la ligature du col, ce serait assurément le côté le meilleur de ce procédé, si l'on était sûr qu'il ne pût en rien nuire au fœtus. Si celui-ci est mort nulle observation à faire, puisqu'on n'a plus qu'à s'occuper de la mère qui reste alors seule en cause. Si le fœtus est vivant, si tous les signes fournis par l'auscultation prouvent qu'il n'est nullement en souffrance, nous pensons aussi que la suppression momentanée de l'oxygène ne peut pas lui être très préjudiciable. Les cas cités par les auteurs le prouvent suffisamment. Mais si nous supposons le cas où le travail étant commencé depuis plusieurs heures, le fœtus a ressenti le contre-coup des souffrances de la mère, enfin, lorsque pour une cause quelconque, il se trouve en danger, peut-on penser que l'arrêt même momentané de la circulation placentaire ne va pas augmenter cette situation précaire du fœtus, auquel elle va être sinon fatale, du moins extrêmement préjudiciable ? Et puisque cette opération a été pratiquée quelquefois dans le but de conserver la vie du fœtus qui, broyé et dilacéré dans le ventre de la mère, aurait pu ainsi sortir par les voies naturelles, doit-on, pour des avantages d'une importance tout à fait secondaire auxquels, en incisant l'utérus *in situ*, on

peut rapidement suppléer par des manipulations habiles, doit-on mettre en péril la vie de l'enfant qui sauvé, lui aussi, donne à cette opération un rôle vraiment beau et louable qui fait oublier par le double résultat obtenu, la vie de la mère et celle de son enfant, l'horrible et irréparable mutilation subie par la patiente, puisqu'elle vient de perdre les organes de la maternité.

Toutes ces considérations en venant s'ajouter à celles dont nous avons parlé au sujet de l'incision de la paroi abdominale expliquent pourquoi la méthode de Muller, après avoir été tentée dans quelques cas, a été ensuite abandonnée presque complètement, ce qui ressort de la statistique du Dr Godson.

5° AMPUTATION DE L'UTÉRUS ET DES OVAIRES ET TRAITEMENT DU PÉDICULE.

Nous voici donc arrivés au moment où l'hémostase définitive est obtenue. Il faut maintenant sectionner l'utérus. Dans le procédé de Müller, on devra naturellement inciser la paroi utérine et extraire l'enfant avant de pratiquer cette amputation. Dans le cas où l'utérus a été incisé *in situ*, on n'aura plus qu'à le sectionner ainsi que les ovaires à deux centimètres environ au-dessus de la ligature, en se servant soit de ciseaux, soit d'un fort bistouri. Nous verrons en parlant du traitement intrapéritonéal, que cette section subit certaines modifications suivant les procédés proposés par les auteurs.

L'utérus ayant été sectionné, on obtient un pédicule que l'on peut traiter de deux manières, en le laissant à l'extérieur, en l'abandonnant à l'intérieur de la cavité abdo-

minale, de là deux traitements que nous allons étudier successivement.

(A). — Traitement extrapéritonéal.

On fixe le pédicule à l'extérieur soit à l'aide des broches qui le traversent, soit à l'aide des divers appareils de constriction, soit enfin avec des sutures d'argent, de soie ou même de catgut.

On a pour but, dans ce procédé, de se mettre à l'abri de l'hémorrhagie, soit primitive, soit secondaire et de la septicémie; le moignon étant à l'extérieur, on peut agir facilement sur lui et arrêter l'hémorrhagie si elle se produit; ensuite on empêche les parties vouées à la gangrène de tomber dans le péritoine, où elles deviendraient une source d'infection septique.

Ce traitement extrapéritonéal a été employé par Porro et par la plupart des opérateurs. Il y a cependant des reproches à lui adresser, ce que nous allons faire en insistant aussi sur les avantages qu'on ne peut lui contester et qui le rendent supérieur à tous les autres.

Il n'est pas toujours possible d'éviter l'hémorrhagie; tels sont les cas de Wasseige, Heussner, Hubert qui ont été suivis de mort; dans d'autres cas, les opérées ont guéri; mais le moignon a été le siège d'hémorrhagies secondaires plus ou moins notables, plus ou moins fréquentes. Souvent aussi les opérées ont succombé à une péritonite suppurée que l'on peut évidemment, dans plusieurs cas, rapporter à la suppuration et aux tiraillements du pédicule ; plus souvent encore, elles sont mortes de péritonite septique et de septicémie sans lésions péritonéales, accidents qui seraient dus, soit au retrait spontané, soit à la rentrée brusque du

pédicule, soit au processus nécrotique inévitable produit par la constriction. Ce traitement extrapéritonéal n'est donc pas, comme on le voit, toujours efficace contre l'hémorrhagie, bien moins encore contre l'infection septique, malgré l'emploi général de la méthode de Lister.

Il faut cependant reconnaître que ces faits sont rares et que l'on pourrait supprimer peut-être ces hémorrhagies avec certaines précautions, en se servant par exemple du constricteur Wasseige dont nous avons déjà parlé, ou bien en ne poussant la constriction du pédicule avec le constricteur Cintrat que jusqu'à l'hémostase, ainsi que le conseille Chiara. Mais c'est chose difficile, à cause de la friabilité de l'utérus gravide, de n'en pas mâcher ou même couper la paroi. Voilà pourquoi il serait bon, il nous semble, de se servir de la ligature élastique qui ne présente pas les inconvénients que nous venons de reprocher aux appareils précédents et qui assure bien l'hémostase définitive, puisque au fur et à mesure que le tissu utérin se rétracte, elle se resserre autour de lui, ce qui promet une constriction consécutive et permanente.

Occupons-nous maintenant avec plus de détails de la péritonite suppurée, de la péritonite septique et de la septicémie.

Le péritoine qui tapisse le muscle utérin ne lui adhère que par un tissu conjonctif lâche. L'anse ou les anses de la constriction, la chaîne d'écraseur que l'on applique sur le pédicule, décollent le péritoine sur une étendue plus ou moins grande, au-dessous de la zone de constriction ; les trabécules conjonctives et les vaisseaux sous-séreux sont déchirés et il peut en résulter une suppuration sous-séreuse, puis séreuse du moignon, suppuration qui s'étend au reste du péritoine, ce qui a été constaté dans quelques autopsies. D'autres fois, la péritonite ou la septicémie a eu pour point de départ une collection de pus situé entre le moignon et

l'angle inférieur de la plaie abdominale, de préférence lorsque l'incision de la ligne blanche a porté trop près de la symphyse pubienne, et a mis à découvert cet espace si riche en tissu conjonctif extrêmement lâche qui existe entre la vessie et la symphyse, au-devant du cul-de-sac abdomino-vésical du péritoine. C'est pour prévenir la formation de cette collection sus-pubienne qu'on a attiré l'angle inférieur du péritoine abdominal, qu'on l'a suturé, ainsi que nous le verrons plus loin, avec la paroi abdominale, en juxtaposant aussi exactement que possible cet angle du péritoine au péritoine de la face inférieure du moignon. Mais cet angle peut se déchirer facilement sous l'action de la suture et de la pression intra-abdominale; le pus ou les détritus putrides du moignon peuvent tomber alors dans l'espace prévésical, et entraîner la suppuration, l'infection septique.

Dans d'autres cas, le pédicule est rentré brusquement ou complètement dans la cavité abdominale, soit que la fixation à l'extérieur eût été insuffisante, soit que la constriction hémostatique eût divisé plus ou moins les parois utérines; la péritonite septique et la septicémie ont été la conséquence de ce déplorable accident.

Enfin, la mort peut avoir lieu par l'extension du processus inflammatoire d'élimination qui s'opère au niveau de la constriction, soit surtout par l'absorption des produits septiques abondants qui existent dans la masse nécrotique du moignon. Cette absorption est en effet singulièrement favorisée par ce fait si digne de réflexion que le moignon cervico-utérin subit sa métamorphose régressive normale, qu'il est en voie d'involution rapide et qu'il se rétracte vers la cavité pubienne, bien avant que les parties mortifiées se soient complètement détachées de la zone vivante du moignon. On peut même dire que c'est là le principal inconvénient, le principal danger du traitement extrapéritonéal du pédicule, que

la méthode de Lister ne supprime malheureusement pas tout-à-fait.

On a observé quelquefois le tétanos qui pouvait reconnaître pour cause le refroidissement de la cavité péritonéale.

A ces causes de mort, il faut en ajouter d'autres qui résultent évidemment de l'ébranlement considérable auquel est soumis tout le système nerveux sympathique. Ces faits sont importants à noter, car ils montrent que l'opération de Porro a sa gravité particulière dans une perturbation du système nerveux, ce qui ne doit pas surprendre si l'on songe à la mutilation considérable subie par les opérées. C'est une sorte d'ataxie nervo-cardiaque caractérisée essentiellement par une discordance frappante entre le pouls, la température et la respiration. Voici ce que M. Lucas-Championnière en dit dans un rapport présenté à la Société de chirurgie: « Les femmes meurent avec les phénomènes de dyspnée les plus singulières, avec un affolement du pouls, tandis que la température se maintient presque normale; d'autres avec des phénomènes convulsifs qu'on a quelquefois désignés comme tétanos; quelquefois la température monte brusquement à une hauteur extraordinaire, et tout cela souvent sans grande douleur et sans qu'à l'autopsie on trouve trace d'une altération. » Sans méconnaître l'influence du refroidissement de la cavité péritonéale en ce qui concerne le tétanos, on est autorisé à admettre que tétanos et ataxie nervo-cardiaque sont dus, la dernière surtout, à la constriction des plexus nerveux si développés, si excitables qui entrent dans la constitution du moignon utérin et qui répondent par une série de troubles réflexes. A ce point de vue la ligature en masse est plus redoutable parce que son action, si énergique qu'elle soit (et on ne peut la pousser assez loin sans risquer de couper le muscle utérin et d'avoir une hémorrhagie sérieuse), ne suffit pas pour suspendre complètement la

neurilité. Pareil inconvénient se retrouve aussi dans la ligature double du moignon divisé par transfixion en deux segments.

Ces accidents peuvent aussi se retrouver dans certains cas de traitement intrapéritonéal, dans lesquels la ligature étant laissée sur le moignon, dans les mêmes conditions que celles que l'on rencontre dans le traitement extrapéritonéal, on peut voir apparaître pour les mêmes raisons les phénomènes que nous venons de décrire.

Quant à la péritonite traumatique simple ou schock, et à cet ensemble de phénomènes mal définis qu'on appelle épuisement nerveux, on les retrouve non seulement dans l'opération de Porro, mais aussi dans toutes les opérations graves, prolongées qui portent sur la cavité péritonéale. Il n'y a donc rien de particulier à dire à ce sujet. Nous citerons seulement la 4^me^ observation de la thèse de Maygrier, dans laquelle l'opérée mourut le deuxième jour de l'opération sans trace de péritonite, et après avoir présenté au moment de la mort une température de 42°8. C'est assurément l'intensité de ces troubles du système nerveux qu'il faut incriminer dans ce cas.

Rumper a publié une observation dans laquelle il attribue la mort au météorisme abdominal. A l'autopsie, il trouva l'intestin qui adhérait à l'utérus. Il y avait eu un rétrécissement consécutif qui par ses conséquences enleva la malade Rumper pense que par elle-même l'opération de Porro prédispose au météorisme.

Il faut enfin, à propos de ce traitement extrapéritonéal, signaler encore la surveillance attentive dont on doit entourer le moignon, qui demande des pansements répétés et minutieux. L'enclavement de ce moignon dans la plaie abdominale retarde la cicatrisation complète de cette dernière ; et quand le moignon déjà retiré dans l'excavation pelvienne

s'est dégagé de ses parties sphacélées à la suite de la constriction, il reste quelquefois au bas de la cicatrice abdominale un infundibulium granuleux et suppurant qui exige des soins spéciaux et une désinfection rigoureuse jusqu'à ce qu'il soit entièrement comblé.

Cependant, et le plus souvent, on voit à partir du deuxième au troisième pansement, le moignon commencer à s'éliminer; il se fait généralement une suppuration peu abondante autour de lui; on est d'ordinaire obligé d'en inciser quelques lambeaux noirs sphacélés. Cette élimination met habituellement de 12 à 15 jours à se faire, il reste à la place du moignon un enfoncement rosé, bourgeonnant, qui se cicatrise rapidement comme une plaie ordinaire.

Aussi et malgré les nombreuses complications que nous venons de signaler et qui peuvent se rencontrer en partie dans les autres modes de traitement, c'est encore au traitement extrapéritonéal qu'il faut donner la préférence. Il a été employé par Porro dans sa première opération, et depuis c'est encore lui qui a été le plus souvent mis en pratique. C'est celui qui a donné les meilleurs résultats et nous pensons qu'il est préférable de laisser le moignon à l'extérieur de la plaie abdominale. On a une action bien plus sûre sur l'hémorrhagie et on expose moins la malade à la septicémie, avantage que ne donne pas les procédés employés dans le traitement intrapéritonéal, quoiqu'en disent les auteurs qui préconisent ce second traitement, dont nous allons maintenant nous occuper.

(A). Traitement intrapéritonéal.

Ce traitement a beaucoup moins été employé que le précédent, précisément parce qu'on a craint de ne pouvoir se

rendre maître de l'hémorrhagie qui accompagne l'ablation de l'utérus et aussi parce qu'on a redouté la péritonite septique et la septicémie, en laissant dans le péritoine un moignon dont une partie se gangrène à la suite de la ligature hémostatique ou qui, par relâchement de cette ligature ou par insuffisance ou défaut de réunion, peut permettre aux lochies de s'engager dans la cavité péritonéale. Nous allons examiner les cas peu nombreux où ce traitement a été mis en usage.

Litzmann de Kiel a abandonné, le premier, le moignon dans la cavité péritonéale, après avoir suturé les lèvres de la plaie abdominale. L'opérée mourut. Les détails de l'observation nous font défaut.

Wasseige de Liège attire toute la masse de l'utérus au dehors. Ligature avec de la soie phéniquée et section d'adhérences qui se trouvent à la partie supérieure et à la partie postéro-latérale droite ; une de ces adhérences renferme un vaisseau de la grosseur d'une plume d'oie environ. L'utérus et la tumeur ayant été portés au-dessus du pubis, on introduit un linge imbibé d'eau phéniquée dans l'abdomen pour empêcher la sortie des intestins et pour les protéger. On étreint alors les ligaments larges de chaque côté par deux fortes ligatures de soie phéniquée, puis on les sépare ; hémostase complémentaire avec des pinces et des ligatures en soie. Hémostase provisoire avec une chaîne d'écraseur à coulant appliquée au niveau de l'orifice interne du col, puis section des tissus d'arrière en avant à 2 centimètres au-dessus de la chaîne sans perte de sang. On applique une forte ligature de soie phéniquée immédiatement au-dessous de la chaîne, puis le tissu débordant le pédicule ayant été enlevé de façon à le creuser légèrement en cône, on passe 5 sutures profondes en soie n° 3 d'arrière en avant, à travers le pédicule et 9 points de suture superficielle pour

rapprocher les deux bords du moignon. On enlève la chaîne, pas d'écoulement de sang. Le pédicule bien nettoyé est abandonné dans l'abdomen. Toilette du péritoine. On appuie sur les deux côtés de l'abdomen pour en faire sortir l'air qui pourrait s'être introduit dans la cavité péritonéale, ce qui produit un écoulement assez considérable de sang provenant du ligament large droit ; on applique une pince en T, puis on jette au-dessous de celle-ci une ligature de soie. Plus d'hémorrhagie. Nouvelle toilette du péritoine. Réunion de la plaie abdominale par 5 points profonds et 10 points superficiels de soie phéniquée. Pansement de Lister. Mort le sixième jour dans le délire, probablement de péritonite septique, avec peut-être hémorrhagie interne.

Le Dr Isaac-T. Taylor (de New-York), a procédé de la manière suivante : Incision de la paroi abdominale. Division de l'utérus *in situ* depuis le fond jusqu'à un pouce et demi (3°8) de la vessie. Extraction d'un enfant vivant et placenta laissé en place. Pendant qu'un aide élève et attire l'utérus, hémostase provisoire avec une ficelle à ligne de pêche passée autour du col de l'utérus. Immédiatement un fort fil de soie de Chine phéniquée est passé à un pouce au-dessous de la ligature précédente au moyen d'une forte aiguille courbe. Hémostase parfaite en liant les ligaments larges et le pédicule avec la suture du saveticr (Cobler's suture). Excision du col de l'utérus et des ovaires. Ni sang, ni liquide amniotique n'ont pénétré dans la cavité pelvienne qui est parfaitement nette et sèche. La plaie abdominale est fermée avec de la soie phéniquée et pansée à la Lister. Mort le vingt-sixième jour à la suite d'une thrombose cardiaque.

Voici l'observation de l'opération faite par J. Veit (Bonn.)

Après l'incision de la paroi abdominale, l'utérus est attiré au dehors et un tube d'Esmarch est serré autour du col. Incision de l'utérus, puis extraction d'un enfant qui

n'est que légèrement asphyxié (bien qu'une anse du cordon ait été comprise dans la ligature élastique), et qui se ranime promptement sous l'influence de quelques excitations cutanées. Excision de l'utérus et des ovaires. L'hémostase définitive et la suture du pédicule sont faites suivant le procédé que Schröder communiqua au Congrès de Cassel pour les myomes utérins et qui lui avait donné cinq succès sur six opérations.

Une hémorrhagie se produit entre les deux feuillets du ligament large gauche, après le retrait du tube d'Esmarch, mais on l'arrête aussitôt avec une ligature profonde. Le moignon dont les deux feuillets péritonéaux sont disséqués et adossés par suture au-dessus de la surface de section est abandonné dans la cavité péritonéale. Toilette de la cavité, puis fermeture de la plaie abdominale. Guérison.

Simpson (d'Edimbourg), qui a fait en Angleterre, le premier, l'opération de Porro, a procédé de la manière suivante :

Incision de la paroi abdominale. Forcipressure de nombreux vaisseaux qui donnent, puis ouverture du péritoine. Ni les intestins, ni le grand épiploon ne sont sortis pendant la durée de l'opération. Incision avec le bistouri de la face antérieure de l'utérus sur une longueur de 13 centimètres. Extraction d'un enfant vivant et écoulement des eaux pendant qu'un aide maintient exactement les parois abdominales contre l'utérus et rejette peu à peu ce dernier en dehors. Perte de sang insignifiante, section du cordon ombilical, placenta laissé *in situ*. Une forte ficelle à fouet désinfectée est passée autour des ligaments larges et du col utérin, abaissée profondément et bien nouée. Un double fil de soie phéniquée est passé avec une aiguille fixée sur manche à travers le ligament large du côté gauche de l'isthme utérin ; l'anse est divisée et une de ses moitiés lie

le ligament large et la trompe gauche en dehors de l'ovaire. Une semblable aiguille armée d'un fil simple est passée à travers le ligament au point correspondant du côté droit et on lie le ligament droit et la trompe droite en dehors de l'ovaire. Le fil resté libre à gauche sert à lier l'isthme de l'utérus et les vaisseaux circonvoisins, de sorte que le pédicule est embrassé par trois ligatures, deux comprenant les artères ovariques et les plexus veineux de droite à gauche, et une embrassant l'isthme de l'utérus et les artères utérines.

Amputation des ligaments larges de l'utérus, ce dernier à 1 c. 5 au-dessus de la ligature médiane. Section et enlèvement de la ficelle à fouet. Moignon exsangue. Puis les ovaires sont enlevés et toute la surface de section est cautérisée avec le paquelin. Toilette de la cavité péritonéale qui contient un peu de sang. En épongeant le cul-de-sac de Douglas, on déplace la ligature de la face postérieure du moignon, d'où hémorrhagie. Pour arrêter cette dernière, on passe une aiguille armée d'un double fil à travers le moignon, et on lie ce dernier en deux moitiés. Hémostase parfaite ; nouvelle cautérisation ; 8 sutures de soie et 4 de crin ferment la plaie abdominale. Mort le troisième jour avec des symptômes de péritonite.

Voici à grands traits l'observation de l'opération pratiquée par Kabierske jeune (de Breslau); incision abdominale, hémostase, puis ouverture du péritoine dans l'étendue de la plaie cutanée (6 c. de longueur). Attraction de l'utérus au dehors, après avoir dû agrandir en haut l'incision de plusieurs centimètres avec les ciseaux. Les intestins ne sortent pas sortis, car on maintient la plaie abdominale fermée derrière l'utérus et couverte de serviettes phéniquées chaudes.

Pendant qu'un aide élève perpendiculairement l'utérus et presse en haut la tête déviée, l'opérateur place un tube

élastique aussi bas que possible autour du segment inférieur de l'utérus. Ce tube est noué plusieurs fois en arrière et en avant sans être affermi d'une façon spéciale. L'opérateur ouvre le fond de l'utérus tout en haut avec un bistouri pointu ; il introduit un bistouri boutonné dans la plaie faite, d'où s'écoule une grande quantité de liquide amniotique et de sang: puis il divise rapidement la paroi antérieure de l'utérus ainsi que le placenta qui s'y trouve inséré. L'incision est si grande que l'enfant, un garçon au cri fort, est précipité hors de l'utérus, et tombe en quelque sorte sous le couteau de l'opérateur, se faisant de petites blessures au bras et à la nuque. Section du cordon, suture de la plaie abdominale au-dessus de l'ombilic pour éviter l'issue des intestins.

Les ligaments larges sont compris à droite et à gauche dans une double ligature à 7 cent. au-dessus du tube élastique et sectionnés : par précaution, on lie encore isolément les artères spermatiques. Pour lier les artères utérines, on passe à 3 c. au-dessus du tube avec une aiguille des sutures profoudes qui traversent les bords de l'utérus. Dissection du péritoine utérin, en avant et en arrière à 7 cent. au-dessus du tube pour avoir les moyens de faire une suture à plis (Falsnaht). Excision en entonnoir du corps utérin avec le couteau et les ciseaux. Le moignon est écourté, la muqueuse excisée profondément et l'on procède à la suture. Pas de trace d'hémorrhagie. La suture est la partie de beaucoup la plus pénible et la plus longue de l'opération. Les surfaces de section de l'utérus sont inégales, œdémateuses, et les lambeaux péritonéaux se sont fortement rétractés. Leur reploiement prend beaucoup de temps. Il faut appliquer 20 sutures (soie phéniquée) le tout d'après le procédé de Sanger. Cautérisation du moignon, des ligaments larges avec le Paquelin.

La toilette du péritoine est vite faite, parce que la plaie abdominale n'a laissé s'épancher que peu de sang. Après

qu'on a relâché le tube élastique, un peu de sang s'échappe du côté droit du moignon : on applique encore quelques fils hémostatiques avec une aiguille. On attend quelque temps, puis on ferme complètement la plaie abdominale.

Pansement antiseptique. Guérison après manie puerpérale et idées de persécution.

Les détails des autres opérations dans lesquelles on a employé le traitement intrapéritonéal nous manquant, nous nous bornerons à publier la statistique donnée à ce sujet par le Dr Godson, et qui les comprend toutes.

	Nombre de cas.	Guérison.	Mort.
Intrapéritonéal.	13	3	10
Extrapéritonéal.	121	57	64
	134	60	74

Le traitement intrapéritonéal a donné par conséquent les résultats suivants :

Mères vivantes. 23,1 %

Mères mortes... 76,9 %

Et le traitement extrapéritonéal :

Mères vivantes. 47,1 %

Mères mortes... 52,9 %

Aux vraies opérations de Porro qui précèdent, on peut en seconde ligne ajouter deux cas d'hémi-amputation d'utérus double où la corne gravide a été seule enlevée avec ses annexes. Dans ce cas, le danger est assurément moins considérable, parce que la surface de section est bien moindre et qu'on intéresse moins de vaisseaux que dans l'amputation totale sus-vaginale. Mais au point de vue opératoire, on ne peut leur méconnaître une certaine analogie avec les cas précédents.

Ces opérations ont été pratiquées toutes les deux avec succès par Salin, de Stockolm, et Sanger, de Leipzig. Dans ce dernier cas, même, il y a eu quelque temps après nouvelle conception dans la corne restée.

Nous avons vu au cours de ces observations que la mort a eu lieu à la suite de septicémie, de péritonite septique et d'hémorrhagie une fois par thrombose cardiaque, accident qu'on ne peut évidemment pas mettre sur le compte du traitement intra-péritonéal. Mais il n'en est pas de même des trois premières causes qui reconnaissent pour origine soit l'insuffisance ou la difficulté de l'hémostase définitive, soit surtout la sécrétion infectante et la gangrène de la partie du moignon qui était au-dessus de la constriction hémostatique.

Ces résultats sont donc très peu satisfaisants, et peu faits à notre avis pour faire accepter cette méthode interne du traitement du pédicule.

Aussi, divers auteurs ont cherché à perfectionner ce traitement intrapéritonéal. Ces procédés que nous allons décrire n'ont pas été encore employés dans les opérations pratiquées sur la femme ; ils sont le résultat soit des réflexions théoriques, soit d'expériences faites sur les animaux ; ils tendent à supprimer les dangers principaux de ce genre d'opérations, la septicémie et la péritonite. C'est aussi pour arriver à éviter l'infection de la cavité abdominale qu'on a proposé de drainer soit le moignon de l'utérus, soit la cavité péritonéale et le cul-de-sac de Douglas, après avoir abandonné le pédicule à l'intérieur, ou l'avoir fixé à l'extérieur, comme le conseille Schmalfufs, ce qui constitue en quelque sorte un procédé mixte que nous étudierons au cours de ce chapitre.

Procédé de Bompiani. — L'utérus une fois extrait du ventre et vide du fœtus, on applique au-dessus des ovaires le constricteur de Cintrat, et on le serre jusqu'à l'ischémie complète du pédicule. Un aide placé à droite de l'opérée tire l'utérus en haut et en avant ; un autre placé à gauche comprime énergiquement les parois abdominales contre le col de l'utérus en le déprimant le plus possible. L'opérateur

placé entre les jambes de l'opérée ou à sa gauche prend de la main droite le grand couteau semi-lunaire que Bompiani a fait construire et dont il donne une figure dans son mémoire; c'est instrument qu'il nomme *ago-coltello* est pointu à son extrémité, tranchant d'un côté dans son milieu et porte vers le milieu de la lame un trou ovale. L'opérateur l'engage le plus bas possible au-dessous du constricteur, latéralement s'il n'y a point de déchirure ou suivant la direction de la déchirure, s'il y en a une, de gauche à droite par rapport à l'opérée, et *vice versa* par rapport à l'opérateur. Celui-ci pousse l'aiguille-couteau horizontalement jusqu'à ce que la lame soit sortie au point diamétralement opposé sur la périphérie du moignon. Puis, abaissant le manche, il fait décrire un quart de cercle à la lame dont le trou arrive au centre de l'épaisseur du pédicule utérin. On s'en assure en regardant les numéros qui sont inscrits sur la lame, à droite et à gauche du trou, le zéro correspondant au-dessus du trou. A travers le trou, perpendiculairement au couteau, l'opérateur engage une aiguille de matelassier courbe, longue de 18 cent., qui porte une anse d'un fort cordon de soie long de 1 mètre. Dès que le milieu de l'anse est arrivé dans l'intérieur du cône cervical, on la coupe près du chas de l'aiguille qui l'a entraînée. Ainsi le moignon est traversé par deux liens. L'opérateur engage le couteau jusqu'au manche, de façon que le trou vienne sortir du côté droit de l'opérée avec deux anses du cordon primitif: l'une d'elles est coupée et les chefs attirés constituent les deux liens de droite. Il retire l'anse droite du côté gauche, et la coupe lorsque le trou de la lame a dépassé le pédicule: ainsi l'on a les deux liens de gauche. Les quatre liens sont fortement serrés pendant que le doigt les pousse le plus bas possible. Les liens une fois noués, on ne retire pas simplement le couteau, mais avec des mouvements de va et vient, en le relevant, on lui

fait sectionner transversalement le moignon cervical en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, jusqu'à la hauteur du constricteur. Puis avec le même couteau on traverse le moignon d'avant en arrière par la voie qu'a déjà tracée l'aiguille du matelassier, et par des mouvements ascendants de va et vient on divise les deux moitiés du moignon : de là 4 pédicules. Tous les fils des 4 pédicules sont engagés dans le vagin et tirés en bas avec la main droite pendant que de la main gauche, du côté de l'abdomen avec une forte pression, on aide au renversement des 4 segments.

Toilette du péritoine. Fixation d'un drain à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale : le drain devra passer par le vagin et sortir par la vulve.

Le premier reproche à adresser à ce procédé, c'est de rendre nécessaire un instrument spécial, l'aiguille-couteau fort ingénieux sans doute, mais qui complique l'appareil instrumental, et dont la vulgarisation est très douteuse. Son maniement est difficile et ce n'est pas sans tâtonnements qu'on arrive à passer le cordon constricteur à travers le trou central. De plus, pour passer ce cordon et pour tailler les lambeaux, il faut traverser le moignon dans le sens transversal, ce qu'on ne peut faire sans léser les artères utérines ou leurs branches collatérales, ainsi que les grosses veines satellites : il en résultera nécessairement une hémorrhagie plus ou moins considérable, d'autant plus que contrairement à la pratique ordinaire, l'hémostase provisoire faite avec le ligateur Cintrat, porte, non au-dessous, mais au-dessus de la zone de transfixion. Observons ainsi que les 4 pédicules obtenus par la double transfixion et serrés à leur base avec autant d'anses n'auront aucune utilité pour la cicatrisation du moignon, parce qu'ils seront éliminés par gangrène. De plus, en se mortifiant, ils augmenteront les chances d'infection du péritoine et seront une source abondante de septicémie.

Le drainage et les irrigations antiseptiques ne donnent pas toujours une sécurité suffisante, que ne justifient ni la puissance, ni l'étendue de leur action.

On peut, pour toutes ces raisons, affirmer que le procédé de Bompiani offre beaucoup de dangers sans aucun avantage.

Le Dr Fadden Notsag a décrit un procédé qu'il a expérimenté de la façon suivante: une jument appartenant à son oncle ne pouvait arriver à mettre bas. L'utérus s'était rompu, et le produit de la conception s'était échappé dans la cavité abdominale, pendant que le placenta restait inséré à l'utérus. Il pratiqua l'opération en mettant son procédé à exécution, et il obtint un succès complet, ce qui l'encouragea à le tenter de nouveau sur une chèvre arrivée au terme de la gestion, et qui fut sauvée ainsi que ces petits. Ces deux succès lui font croire qu'on pourrait introduire son procédé dans le manuel opératoire de l'amputation utéro-ovarique.

Le voici tel qu'il le décrit: « Il est d'avis qu'on doit lier les parties sectionnées qui restent après l'amputation, autour d'un tube qui servirait à transporter en dehors toutes les accumulations provenant de l'afflux de sang consécutif à la suture des parois de la plaie, et celles provenant des liquides séreux et purulents qui se formeraient dans la suite. Le plan qu'il propose est spécialement applicable dans les opérations qui ont lieu lorsque la grossesse est arrivée complètement à terme, ou dans les cas de contracture prématurée de la matrice avec dilatation plus ou moins grande du col de l'utérus. Toutes les fois que le col est dilaté, on peut y introduire un tube d'un diamètre de un quart de pouce. Cette dimension suffit, bien qu'un tube de plus grand calibre soit préférable. On peut donc employer un tube en argent, ayant un douzième de pouce d'épaisseur, un demi pouce de diamètre, un pouce et demi de long. Il porte une dépression circulaire distante du sommet de un quart de pouce. C'est dans cette dépression

qu'on fixe la ligature de façon à ce qu'elle ne glisse pas avant qu'on la retire. Ce tube porte à sa partie inférieure deux petits trous auxquels on attache les extrémités d'une anse en fil d'argent. Une fois fixée, cette anse doit avoir une longueur d'au moins douze pouces. Lorque, au cours de l'opération, on sera arrivé au moment d'appliquer la ligature, que cette ligature soit en soie ou en fil d'argent, on mettra le tube en argent en place au moyen d'un guide présentant un coude à un pouce de son extrémité: ce coude est destiné à empêcher le guide d'entrer plus avant dans le tube, et il est monté sur un manche qui se trouve à six pouces du coude. Un aide chargé d'introduire le tube à travers le vagin dans le col de l'utérus saisit le guide par le manche. Quand l'opérateur s'aperçoit que la partie supérieure du tube atteint l'orifice interne, il le dirige de façon à le maintenir constamment dans cette position, pendant que l'on place avec soin autour de la dépression une ligature de fil de soie large et fort.

Si on a quelque doute sur la situation exacte de cette dépression, l'aide doit imprimer au tube des mouvements de va et vient, et presser avec le doigt sur les tissus pour agir ainsi sur l'extrémité supérieure de l'appareil, jusqu'à ce que la ligature soit dans la dépression. Quand le nœud est bien assujetti, on coupe les extrémités de la ligature en lui laissant une longueur de douze pouces. On est donc certain, une fois le pédicule bien attaché autour du tube, que la circulation est arrêtée dans les tissus comprimés. On sectionne alors avec un bistouri l'utérus à une distance de un demi pouce au-dessus de la ligature, en laissant ainsi un quart de pouce au-dessus de l'extrémité supérieure du tube qui se trouvera par le fait du retrait de l'utérus au même niveau que les lèvres de la plaie. A ce moment, l'aide retire le guide coudé de l'ouverture inférieure du tube: on coupe les deux bouts de la ligature à

douze pouces du nœud. On fait passer ces deux bouts dans le tube, et on les réunit en les fixant à la cuisse de la malade, ce qui permettra de connaître la hauteur et la position du tube dans la vagin.

On tamponne alors la cavité vaginale au moyen d'une très grosse éponge trempée dans une solution d'acide phénique à 10 p. 100. La partie supérieure de cette éponge est en contact avec l'extrémité inférieure du tube, et sa partie inférieure est retenue par le sphincter vaginal, de façon à ce que la vulve puisse se refermer exactement : on en maintient les lèvres appliquées l'une contre l'autre au moyen de bandes trempées dans une solution faible d'acide phénique.

L'éponge a été auparavant traversée par un cordon que l'on peut atteindre facilement avec les doigts, de façon à changer le pansement tous les jours. On nettoie le tube avec une petite éponge montée sur un morceau de bois. On se sert d'une seringue de Davidson pour injecter dans le vagin une solution chaude d'acide phénique à 5 p. 100, de façon à le nettoyer de toutes les impuretés. Une éponge vaginale préparée comme il a été dit plus haut est remise en place pendant qu'on laisse l'éponge bâton dans le tube pour ne la retirer que lorsque ce dernier est tout-à-fait en place.

Si la suppuration devenait abondante, on appliquerait de nouvelles éponges matin et soir, mais pendant les trois ou quatre premiers jours, il suffit pour nettoyer le vagin de les changer une fois dans les vingt-quatre heures.

Au bout de 6 jours, on peut voir se séparer du bord supérieur du pédicule le cercle du tissu qui se trouve au-dessus de la ligature, et si tout a marché d'une façon satisfaisante, celle-ci sera devenue lâche autour du tube, de telle sorte qu'on pourra au moyen de l'anse de fil attachée à l'extrémité inférieure du tube exercer des tractions légères que l'on facilitera par l'introduction dans le tube de l'éponge

bâton. Si par ces tractions légères le tube descend à un quart de pouce (ce qu'on détermine en appliquant l'index gauche sur l'ouverture externe du tube), il sera bon de retenir le tube dans cette nouvelle position avec le bout du doigt, et au lieu de tirer davantage sur l'anse de fil, on fera des tractions légères sur les bouts de la ligature de manière à l'entraîner au dehors avec les fragments de tissus qui peuvent se trouver à l'intérieur du tube.

Comme les bouts de cette ligature passent sur le bord circulaire des tissus sectionnés, nécessairement ils attireront avec eux les masses désorganisées: ce temps de l'opération ne pourra être fait que lorsque la séparation se sera effectuée. A ce moment on remettra sur l'ouverture inférieure du tube l'éponge bâton que l'on avait remplacée par le bout de l'index gauche, et on renouvellera dans le canal vaginal l'injection d'une solution d'acide phénique. Si l'aide qui tient l'éponge bâton saisit solidement l'anse du fil qui est attachée au bord inférieur du tube et si en même temps il place sa main sur l'orifice inférieur de la vulve, il est certain qu'une fois qu'on a retiré du tube la ligature qui y passait, on pourra maintenir celui-ci en place pendant que l'on fait des lavages et que l'on remet l'éponge dans le vagin.

On laissera le tube glisser peu à peu de manière à ce que le bord supérieur de la plaie qui bourgeonne puisse graduellement se refermer. A la fin, le tube s'échappera du col, et on fera les injections en ayant soin de placer l'éponge bâton dans l'orifice externe du canal utérin.

Il est utile de faire remarquer que l'on doit s'arranger de telle façon que le fil d'argent attaché à l'extrémité inférieure du tube ne glisse pas dans le tube, pour s'échapper de là dans la cavité abdominale.

Ce procédé, à notre avis, est peu sûr contre l'hémorrhagie, et il a en outre l'inconvénient d'exposer à la septicémie par la

gangrène de la partie du moignon qui surmonte la ligature et qui reste quelque temps dans la cavité péritonéale. De plus, les parois à étreindre sont très considérables dans l'utérus gravide, ce qui peut faire craindre le peu de solidité de la ligature. Cette modification de Fadden-Notsag est pour toutes ces raisons inapplicable, nous le croyons, à l'opération de Porro.

Nous allons passer à la description d'un procédé décrit par le Dr *Schmalfuls, de Friburg, i/B.*

Cet auteur propose d'introduire dans la cavité du pédicule après la section de l'utérus et avant la constriction définitive faite avec le fil élastique, une sonde en étain portant à sa partie inférieure de nombreux trous : cette sonde est coudée deux fois à angle droit: l'une de ses extrémités sort par la partie inférieure de la plaie abdominale; l'autre sort par le vagin. L'utérus se trouve ainsi traversé dans toute sa longueur par cette sonde; il est facile de comprendre que les solutions que l'on y fait passer au moyen d'un petit entonnoir que l'on place à l'extrémité supérieure vont nettoyer la cavité entière du vagin, en s'échappant par les nombreux trous disposés à cet effet et en ressortant par l'orifice vulvaire. L'auteur propose même de se servir d'un tube en verre, disposé de la même manière dans le cas où l'on craindrait d'aplatir le tube en étain par une constriction trop énergique.

L'emploi de ce tube en verre nous paraît tout à fait défectueux, le moindre mouvement de la malade suffisant à le casser dans ses différentes parties, ce qui amènerait alors des désordres et des complications considérables, soit dans les organes contenus dans la cavité abdominale, soit du côté du péritoine ou de l'utérus, suivant le nombre et la situation des cassures. Le tube en étain ne présente pas cet inconvénient, mais par sa rigidité il

peut gêner considérablement les mouvements de la malade, et contusionner les parties molles qui l'entourent. Il faut reconnaître cependant que ces lavages pourraient offrir certains avantages: ils sont d'abord faciles à faire, et ils entraînent au dehors, sans les laisser s'accumuler dans le vagin et y devenir une cause de septicémie ou d'infection purulente, les lochies et les diverses sécrétions ou exsudations de la muqueuse vaginale. Dans ce procédé, le moignon est fixé à l'extérieur, et on devra retirer le tube à mesure que les parties mortifiées s'élimineront. Les lèvres de la plaie, en se rapprochant, obtureront l'orifice du pédicule et la cicatrisation pourra être obtenue.

En résumé, nous croyons ce procédé peu propre à donner de bons résultats dans l'opération de Porro.

Voici maintenant une modification proposée par Heussner et qui a pour but: 1° de mettre à l'abri de toute hémorrhagie, et de l'accumulation du sang et des produits de décomposition sous le péritoine; 2° de produire une occlusion parfaite de la cavité abdominale.

On laisse au-dessus du tube en caoutchouc servant à la constriction, un moignon haut de 2 à 4 travers de doigt. On désinfecte, on cautérise avec le chlorure de zinc la muqueuse utérine. Alors à 1 centimètre au-dessous de la surface de section, on fait passer à travers la paroi un fil de soie très solide allant de la surface du péritoine à la surface du moignon; de là avec le même fil on traverse de nouveau la paroi utérine à 1 cent. de distance du premier point de suture, mais en sens inverse, c'est-à-dire en allant de la paroi interne vers la paroi externe: on serre et on noue les deux chefs de la ligature, ce qui assure l'hémostase de la partie utérine comprise dans l'anse.

On procède de la même manière tout autour du moignon, en prenant la précaution d'embrasser à droite et à gauche

du pédicule les ligaments larges dans cette ligature. Pour plus de sécurité, on pourrait jeter une double ligature sur les ligaments larges. On enlève ensuite le tube élastique, on pratique l'inversion du moignon, en ayant soin d'empêcher la vessie de s'insinuer dans l'infundibulum d'inversion: les fils à ligature sont introduits dans le vagin par l'ouverture du col utérin et les parois de l'entonnoir que forme ainsi le moignon du côté de la cavité abdominale sont adossées et réunies par des sutures en catgut.

Ce procédé serait très joli s'il était réalisable ; car Garrigues a prouvé, le microscope en main, au sujet de l'opération césarienne, que la dégénérescence graisseuse de l'utérus ne s'effectue pas avant le 3^{me} jour ; à ce moment, la réunion des lèvres de la plaie est assurée, et de la sorte la cavité péritonéale serait préservée de l'arrivée du produit septique.

Mais ainsi que le fait remarquer Mangiagalli, la rupture de quelques fils, et ils sont en très grand nombre, est à craindre, de même que la dilacération des tissus ; de là une hémorrhagie consécutive qui pourrait avoir des résultats très graves.

En admettant même que cette hémostase soit assurée, pense-t-on que l'inversion du moignon soit chose réalisable? Il faut songer que l'on a à faire à un utérus gravide, c'est-à-dire dont les parois sont hypertrophiées, gorgées de sang et qui de plus sont douées à ce moment d'une propriété très énergique de contraction. Pourra-t-on retourner cette paroi à son gré, la manier comme un tissu mou, sans résistance? Evidemment non, et si l'on peut parvenir à inverser le sommet du pédicule, ces parties tendront sans cesse à se rejeter au dehors, les ligatures couperont les tissus, et alors l'hémorrhagie apparaîtra, ou tout moins la septicémie, puisque les parties mortifiées tomberont dans la cavité péritonéale. Il nous paraît ensuite difficile de faire passer par l'orifice si

rétréci du moignon la masse aussi considérable des parois utérines que l'on doit inverser.

Aussi pensons-nous que ce procédé n'est guère réalisable, et qu'on ne doit pas le préconiser.

Procédé de M. Chalot. — M. le professeur-agrégé Chalot a proposé l'emploi d'un procédé dont il est l'auteur, et qui est fondé essentiellement sur l'emploi de la ligature élastique aux deux angles du moignou seulement, et sur l'inversion du moignon avec adossement et suture des faces péritonéales sans dissection préalable de ces dernières.

Le voici tel que l'a décrit son auteur. Après avoir vidé la vessie :

« 1° Incision, couche par couche, sur la ligne médiane de l'abdomen, longue de 18 à 20 centim., dépassant en haut l'ombilic de 5 centim.

» Cette incision doit être assez longue pour rendre facile la manœuvre qui consiste à attirer l'utérus en masse au-devant de l'abdomen. Elle doit être assez éloignée de la symphyse pubienne pour diminuer les chances d'une hernie consécutive et pour éviter la mise à nu de cette cavité prévésicale dont le tissu conjonctif est si lâche, si inflammable, si facile à suppurer. La réunion primitive totale de la plaie abdominale n'est que mieux assurée par cette petite précaution.

» 2° Attraction de l'utérus en dehors de la plaie abdominale (méthode de Müller) avec les mains, en le faisant passer de champ par son diamètre transversal, pendant qu'un aide comprime les lèvres de la plaie abdominale contre l'utérus et favorise, par un retrait graduel, l'énucléation de cet organe.

» Au moment où l'utérus est sorti, peuvent survenir des vomissements ou seulement des hoquets, des envies de vo-

mir, phénomènes qui tiennent, soit à la déplétion brusque de l'abdomen, soit à une irritation réflexe produite par le tiraillement des insertions du col et du plexus nerveux utéro-ovarien. Il importe de s'attendre à cette éventualité, afin d'empêcher la protrusion des anses intestinales, et, si celles-ci sortent, il faut les réduire avec une flanelle chaude, phéniquée ou salicylée.

»5° Ouverture de la paroi antérieure de l'utérus, au milieu, vers le fond, avec un bistouri pointu; puis introduction de la branche mousse, d'une forte paire de ciseaux par cette ouverture, et division longitudinale et médiane de la paroi, dans l'étendue de 14 centim. A la partie inférieure de la section longitudinale, on en pratique une perpendiculaire et un biseau du 5 centim., d'où la forme d'un T renversé.

»Si l'on est bien outillé, on peut obtenir un certain degré d'hémostase en divisant la paroi avec un couteau du cautère Paquelin maintenu au rouge sombre, mais il faut plus de temps qu'avec le bistouri et les ciseaux, à moins de l'employer à blanc, et alors la perte de sang n'est nullement diminuée.

»En même temps que le liquide amniotique, le sang coule en abondance, surtout si le placenta s'est rencontré sur le trajet de la section. L'aide qui maintient les lèvres de la plaie abdominale doit veiller avec soin à ce que le sang ni les eaux ne pénètrent dans la cavité abdominale.

»Extraction de l'enfant par la tête ou par les pieds, suivant la présentation; puis, pendant qu'un aide, avec ses deux mains, comprime provisoirement la partie inférieure du corps de l'utérus, l'opérateur coupe le cordon ombilical entre deux ligatures. Le placenta est laissé dans l'utérus, à moins qu'il ne se soit détaché ou qu'il ne siège dans la région cervicale.

»Quand on le peut, il vaut mieux ne pas décoller le placenta, on gagne du temps et l'on perd moins de sang.

»5° Application d'un tube élastique long de 45 à 50 cent. et gros comme le petit doigt, préalablement désinfecté. Pendant que l'utérus est élevé en avant, on embrasse avec ce tube le col de l'utérus, le plus bas possible, au-dessous de la section transversale ; on tend fortement les deux chefs en les croisant, et on les fait arrêter contre l'utérus par un double nœud fait avec de la ficelle à fouet également désinfectée. L'hémostase provisoire est ainsi convenablement assurée.

»6° Excision en entonnoir de l'utérus, des ligaments ronds et des ligaments larges, immédiatement au-dessous des ovaires, avec un petit couteau à amputation, en prolongeant sur les côtés et en arrière la section transversale déjà existante.

7° Hémostase définitive. Un cordon de caoutchouc large de 3 millim. et long de 40 millim., désinfecté, est passé avec une forte aiguille d'emballeur ou, si on l'a, avec une aiguille fixée sur manche comme celle de Péan, à 1 cent. en dedans de l'angle gauche du manchon utérin, à 1 cent. au-dessous de la surface de section, à travers la paroi postérieure de l'utérus, de la cavité utérine, vers la face péritonéale postérieure. On le conduit en demi-cercle autour de l'angle du manchon, de façon à embrasser les trois artères *utérine, tubo-ovarienne et funiculaire.* Puis on enfonce l'aiguille à travers la paroi antérieure de l'utérus, dans un point correspondant à celui de la face péritonéale antérieure vers la cavité utérine. Les deux chefs du cordon sont ainsi libres du côté de cette cavité. Le chirurgien les tend au maximum de la main gauche, tandis qu'il fait la contre-extension avec l'in-

dex et le pouce de la main droite placés contre l'angle même du manchon utérin. A ce moment, un aide arrête les deux chefs, contre l'angle, par un double nœud de ficelle à fouet, désinfectée, ou bien, ce qui est plus rapide et plus commode, si l'on a ce qu'il faut, en écrasant un anneau de plomb sur les deux chefs avec une forte pince.

» Le chirurgien cesse l'extension, puis la contre-extension. L'hémostase définitive est parfaitement assurée du côté gauche par la tension premanente de l'anse élastique, tension très propre à suivre le retrait de l'utérus en involution. Les mêmes manœuvres sont faites sur l'angle droit du manchon Guérin avec un cordon semblable et avec la même aiguille.

» Pour rendre la surface de section parfaitement aseptique, et aussi pour prévenir toute hémorrhagie interstitielle, il sera bon de toucher cette surface avec le cautère Paquelin ou avec une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100.

» Grâce à la ligature hémostatique seulement bi-angulaire, on conserve un moignon bien vivant et offrant par suite toutes les conditions requises pour une réunion immédiate, sans qu'on ait à redouter les complications qui accompagnent l'élimination des parties mortifiées dans la cavité péritonéale. La vie du moignon est assurée par les branches collatérales hélicines qui se détachent des artères utérines vers l'utérus au-dessous des ligatures, et qui, par leurs anastomoses si multipliées, continuent à porter le sang jusque dans les tissus qui sont dans l'intervalle et au-dessus de ces ligatures.

» 8° Enlèvement du tube élastique qui comprimait le col utérin. On complète, s'il y a lieu, l'hémostase avec la forcipressure et des ligatures perdues en soie phéniquée. Puis on réunit en faisceau les chefs de chaque côté en appliquant une ligature à leurs extrémités, et l'on engage les deux faisceaux dans le canal cervico-vaginal jusqu'à la vulve. — Au

bout de huit, douze jours, ces faisceaux tomberont pour ainsi dire d'eux-mêmes, sous une légère traction, quand les anses élastiques auront oblitéré les vaisseaux dans leur processus ulcératif.

»9° *Inversion et double suture du moignon.* — On renverse dans la cavité cervicale toute la circonférence libre du moignon, sur une hauteur de 2 cent. 1/2 à 3 cent., comme on retourne le bord d'une manchette; les angles du moignon, avec leurs anses élastiques sont, par conséquent, infléchis dans la cavité utérine. Il s'agit maintenant de maintenir solidement en contact les faces péritonéales en les unissant dans le sens transversal, et, comme le moignon présente au niveau du renversement une épaisseur moyenne de 8 à 10 cent. et que les parties infléchies tendraient à se défléchir vu leur épaisseur, il est nécessaire de fixer les parois, ainsi doublées, au moyen de sutures profondes. A cet effet, avec une aiguille forte et longue, on passe au-dessous du niveau de réflexion une série de forts fils de soie phéniquée, distants entre eux de 1 cent. seulement. On commence par le milieu du moignon, on serre chaque fil isolément au-dessous du moignon, et on le coupe à ras du nœud. Ce sont là surtout des sutures de contention.

»Puis, autant pour favoriser la réunion primitive que pour prévenir le passage de liquides septiques du canal cervical dans la cavité péritonéale, on met dans l'intervalle des sutures profondes et en dehors d'elles, vers les angles, une série de sutures superficielles également de soie phéniquée, mais moins fortes. Le traitement du moignon est alors terminé.

»Les avantages de l'inversion du moignon et de la suture des séreuses par adossement sont si évidents, que je crois superflu d'y insister: réunion par première intention; élimination au dehors des lochies, ainsi que de l'exsudat et de

l'exfoliation moléculaire qui se font sur la surface de section ; guérison rapide ; temps gagné par le chirurgien, etc.

» 10° Toilette du péritoine, *Fermeture complète* de la plaie abdominale avec un double rang de sutures en soie phéniquée, en affrontant avec soin dans la ligne de réunion les deux lèvres du péritoine. *Point de drainage.* Irrigation phéniquée dans le canal cervico-vaginal avec une sonde à double courant. Pansement antiseptique.

» Lorsqu'il s'agit d'amputer seulement une corne utérine gravide, le même procédé trouve son application. Mais l'hémostase définitive ne demande ici qu'une seule ligature élastique qu'on met à l'angle externe du moignon. On enlève le tube en caoutchouc qui servait à l'hémostase provisoire, on cautérise la surface de section ; puis, pour donner libre issue aux lochies et autres liquides vers le vagin, on ponctionne avec un gros trocart la partie inférieure atrésiée du pédicule, on fait passer dans le canal artificiel les deux chefs de la ligature élastique, et l'on y installe un tube en verre qui fera office de drain à demeure. L'inversion et la suture du moignon se font comme dans le procédé général qui vient d'être décrit.

» Ce procédé peut certainement être utilisé pour les ruptures utérines ; mais les ruptures s'étendront, dans la plupart des cas, plus ou moins au-dessous de l'excision utéro-ovarienne. Les lochies, les détritus putrides, les lambeaux sphacélés des lèvres de la rupture continueront à passer dans le péritoine et à rendre la septicémie presque inévitable. Il en résulte que le nouveau procédé doit être, à mon avis, complété par un drainage péritonéo-vaginal sérieux fait à travers la rupture, drainage qui du reste, à lui seul, a fourni déjà une série de succès remarquables et encourageants. Au lieu de la résection et de l'affrontement direct des bords de la rupture,

procédé qui a échoué jusqu'à présent entre les mains de C. Schröder et de Black, on pourrait songer à inverser ces bords et à suturer par adossement leurs faces péritonéales; mais l'exécution en semble très difffcile pour toute l'étendue de bien des ruptures qui plongent dans l'excavation pelvienne. Elle sera radicalement impossible si la rupture s'est faite au-dessous de la vessie ou dans l'épaisseur d'un ligament large. Quant au procédé qui consisterait à renverser tout le moignon dans le vagin et le détacher par une incision lente ou rapide faite sur les points d'attache après décollement préalable de la vessie, il me semble plus théorique que pratique, et, en tout cas, trop pénible, trop dangereux.»

Ce procédé est très séduisant, et si on pouvait le mettre à exécution, assurément il serait le meilleur, puisqu'ainsi que ledit M. Chalot: 1° il permet l'hémostase facile et complète; 2° il empêche la pénétration des lochies dans la cavité péritonéale, évite la gangrène du moignon et assure sa réunion primitive; 3° il prend le moins de temps possible; 4° il peut être exécuté facilement et en tous lieux avec les instruments ordinaires.

C'est à la pratique de décider si l'hémostase est réellement définitive, et si les parois utérines peuvent être inversées ainsi que le pense l'auteur.

Comme on le voit, on a beaucoup cherché à perfectionner les procédés de traitement intrapéritonéal: tous ceux que l'on a employés sont d'une pratique difficile ou même défectueuse, soit parce qu'ils n'assurent pas l'hémostase, soit surtout parce qu'ils exposent à la péritonite septique et à la septicémie par la gangrène du moignon: toutes les modifications que l'on a proposées, sont les unes irréalisables, les autres douteuses dans leur exécution et leurs résultats.

Aussi, et comme nous l'avons dit, nous croyons que c'est au traitement extrapéritonéal qu'il faut donner la préférence;

c'est celui, en effet, qui assure le mieux l'hémostase, qui empêche autant que possible l'infection septique ; c'est celui qui a donné les meilleurs résultats ; c'est enfin le plus sûr et le plus rapide.

6° TOILETTE DU PÉRITOINE. — SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE. — PANSEMENT.

La toilette du péritoine ne présente rien de particulier à signaler ; sitôt l'utérus et les ovaires sectionnés, on enlèvera au moyen de petites éponges montées les souillures que le liquide amniotique ou le sang auraient pu faire dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Puis ainsi que nous l'avons vu, on fixe le moignon à l'extérieur ou bien on l'abandonne à l'intérieur, et on s'occupe alors de la suture de la paroi abdominale.

MM. Tarnier et Lucas-Championnière se servent de fils d'argent à l'aide desquels ils font un nombre variable de sutures profondes et de sutures superficielles. Il est quelquefois nécessaire d'en placer une ou deux au-dessous du pédicule pour ne laisser aucune ouverture entre lui et la plaie abdominale.

Le Dr Godson ramène fortement autour du pédicule les bords de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale ; au-dessous les lèvres de la plaie sont réunies par une simple suture de soie de Chine, et au-dessus huit ou neuf sutures semblables réunissent le péritoine et les bords de la plaie.

Hégard de Friburg est très partisan de l'application de points de suture séparés, de façon à maintenir en contact le péritoine du pédicule et celui de la paroi abdominale, afin de garantir la cavité de l'abdomen contre l'introduction de

germes septiques. C'est là ce qu'on appelle la méthode d'Hégard.

Nous avons vu M. le Professeur Dumas faire 8 points de suture profonde avec la soie phéniquée au moyen de l'aiguille de Reverdin, deux points reliant le moignon à la peau et quatre points superficiels de suture entortillée. La femme succomba le 6e jour et on trouva à l'autopsie la plaie abdominale parfaitement réunie, sauf au niveau du pédicule qui n'était pas adhérent à la paroi et qui était rentré dans le petit bassin.

Il faut maintenant nous occuper des manipulations qui ont pour but de momifier le moignon, afin de prévenir l'infection septique et pour arrêter toute hémorrhagie parenchymateuse.

C'est pour arriver à ce résultat qu'on touche le moignon avec une solution concentrée de chlorure de zinc ou de phénol, avec le perchlorure de fer, l'iodoforme ou le thermocautère de Paquelin.

Werth a employé le benzoate de soude qui, à son avis, se recommande par sa solubilité comme un des meilleurs agents de désinfection ; dans le cas cité par cet auteur, le moignon momifié n'a présenté à aucun moment de mauvaise odeur.

Bayer en donnant l'observation d'une opération faite par Fehling, préconise l'emploi du chlorure de zinc ou mieux de l'acide salicylique pulvérisé contre la putréfaction du moignon.

La désinfection ayant été faite par l'un de ces différents agents, il ne reste plus qu'à s'occuper du pansement.

On lave avec soin l'abdomen et les cuisses à l'eau phéniquée, puis on fait le pansement de Lister, en ayant soin d'interposer tout autour du moignon entre les broches qui

le traversent et la peau quelques compresses de gaze phéniquée pour éviter toute pression douloureuse. Cette précaution ne sera évidemment pas nécessaire dans le traitement intrapéritonéal. La pièce de makintosch qui recouvre le pansement, doit être assez large pour arriver jusqu'à la région pubienne, de façon à éviter tout écoulement de liquide de ce côté. Une large bande de ouate est appliquée sur le pansement, et on exerce sur elle une légère compression à l'aide d'un bandage de corps en flanelle.

Nous ne parlerons point des soins consécutifs à donner à la malade ; on ne peut formuler à ce sujet aucune règle fixe; il faudra surveiller le moignon afin d'arrêter immédiatement toute hémorrhagie qui viendrait à se produire ; on fera les pansements avec toutes les précautions nécessaires qui permettront d'éviter la septicémie ; on se tiendra prêt à combattre les premiers symptômes de péritonite, en un mot, on tâchera d'enrayer, dès qu'ils apparaîtront, les divers accidents qui peuvent venir aggraver l'état de la malade.

OBSERVATIONS ET STATISTIQUE.

I.

OBSERVATION DE VIOLANI DE FORLI.

(*Gazzetta medica de Torino*. Ann. XXXV, 5 janvier 1884)

Le matin du 18 décembre 1883, une jeune femme avait une rupture de l'utérus avec passage de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale. Cas grave. Patiente à bout de force. La rupture datait de plusieurs heures. Chloroforme. Le péritoine à peine ouvert donne passage à un écoulement très abondant de sang extravasé. Le fœtus et le placenta avaient abandonné l'utérus et se trouvaient libres dans la cavité abdominale. On fait tout d'abord l'hémostase puis on extrait le fœtus et le placenta. On sectionne les deux ligaments utéro-ovariens et l'on serre avec un gros cordon la portion sus-vaginale de l'utérus. L'hystérotomie fut complétée par l'amputation utéro-ovarique. Traitement externe.

La femme supporte bien l'acte opératoire qui, tout compris, ne dépasse pas 40 minutes, sans qu'un seul accident se produise La perte de sang est peu considérable. L'opérée passe bien la première journée, mais le lendemain survient une péritonite septique à laquelle elle succombe le troisième jour.

II.

Opération de Porro.

Pratiquée par le professeur Hegar, le 25 décembre 1883, à la clinique d'accouchements de Freiburg.

Femme bipare, 25 ans, grossesse à terme. Eaux écoulées la veille, Présentation du tronc. Dos en avant. Procidence du bras droit. Trois médecins avaient déjà fait inutilement des tentatives de version, de dilacération, d'éviscération. Bassin normal. Vagin large mais fortement déchiré et contusionné. Un liquide sanieux brun, fétide, s'écoule par l'orifice vulvaire. Lèvres du col très gonflées. T. aisselle 39°8 avant l'opération. P. 126 avant l'opération.

On résolut de pratiquer l'amputation utéro-ovarique. On nettoie le vagin avec une solution de sublimé à 1 p. 1000. Ouverture de la cavité abdominale. Attraction à l'utérus au-dehors, sans grandes difficultés. Application facile de la ligature élastique provisoire autour du col.

La séreuse de l'utérus est très injectée de même que les intestins. La ligature assurée, on protège la cavité péritonéale au moyen d'éponges. A l'ouverture de l'utérus, une grande quantité d'air et de produits septiques s'échappent avec grand bruit. Extraction facile de l'enfant. La ligature provisoire empêche l'hémorrhagie. On tire le bras et la jambe engagés dans le col et la ligature se resserre. On ampute l'utérus, on applique la ligature définitive à la place de la provisoire. Le moignon est suturé d'après la méthode d'Hégar avec le péritoine pariétal. Puis cautérisation énergique avec le Paquelin. Désinfection avec le chlorure de zinc, et pansement avec de la gaze trempée dans une solution de bichlorure de mercure. Pour la dernière fois, nettoyage énergique du vagin. Mort le 28 décembre. Septicémie.

III.

Observation extraite des *Annales de Gynécologie*, juillet 1884.

Bassin rachitique. — Opération Césarienne par la méthode de Porro. — Enfant vivant. — Mort de la mère au 6me jour par péritonite.

Par le Dr Léon Dumas, Professeur-Agrégé, ancien Chef de clinique obstétricale, suppléant de M. le Professeur Dumas.

La nommée R. J., âgée de 30 ans, originaire de l'Aude, couturière célibataire, enceinte pour la première fois, entre à la clinique d'accouchements de l'hôpital Saint-Éloi le 14 février 1884. Apparence chétive, squelette très déformé, légère claudication à gauche. Taille 1 m. 17.

Antécédents. — A commencé à marcher à l'âge ordinaire, mais a cessé de pouvoir le faire depuis l'âge de 18 mois jusqu'à 4 ou 5 ans, époque à laquelle existait du gonflement aux poignets, aux genoux et aux chevilles.

Rien de particulier pendant la seconde enfance.

Réglée pour la première fois à 17 ans. Menstruation régulière, sans difficultés, durant de 3 à 4 jours en moyenne.

Rien de connu du côté de l'hérédite. A un frère bien constitué.

Grossesse actuelle. Dernière apparition des règles le 29 juin 1883, avec les caractères ordinaires. Il n'y a pas eu de rapports sexuels entre cette date et le 20 ou le 25 juillet. Les premiers mouvements actifs ont été perçus dans le courant du mois de novembre.

Rien de particulier à noter, si ce n'est un peu de dyspnée depuis environ deux mois.

L'examen pratiqué à deux reprises, les 16 et 17 février, donne les résultats suivants :

L'abdomen très proéminent en avant, retombe au-devant de la symphyse pubienne : la peau est très tendue et très mince, l'ombilic est saillant. Le fond de l'utérus atteint le bord inférieur des fausses côtes qui sont très rapprochées du bassin. La distance qui sépare l'appendice xyphoïde du pubis est de 23 cent. De l'ombilic, au pubis il y a 16 c. Le tour de la taille au niveau de l'ombilic mesure 91 cent.

Les bruits du cœur fœtal s'entendent à droite et assez haut. La tête

est en bas, tout-à fait rejetée à droite, en position occipito-iliaque droite postérieure. Elle est très mobile et très élevée, appliquée sur la branche horizontale du pubis qu'elle déborde en avant, en sorte qu'elle est à moitié hors de la fosse iliaque droite.

Examen du squelette. Tête peu déformée, mais face petite relativement au crâne et degré léger de prognatisme.

Cou assez vertical. Epaule droite un peu plus basse que la gauche. La distance de l'angle inférieur de l'omoplate à la crête iliaque est de 7 cent. à gauche, de 5 cent. à droite.

Scoliose double, dorsale à droite (point culminant à la 4me vertèbre dorsale), dorso-lombo-sacrée à gauche (point culminant à la 10me dorsale). La déviation est sensiblement égale des deux côtés. Ensellure profonde de la région lombaire.

Le thorax est un peu aplati en avant, mais surtout sur les côtés. L'articulation chondro-costale est fortement saillante. L'appendice xyphoïde est relevé en avant à angle droit et fait saillie sous la peau, disposition qui existait avant la grossesse. En arrière, la moitié gauche du thorax est beaucoup plus saillante et plus étroite que la droite. Celle-ci repose sur la crête iliaque droite, mais par suite d'une incurvation énorme du tronc dans ce sens, ce qui produit un sillon très profond dans lequel on peut placer toute la main. Du côté gauche, la base du thorax se confond avec le grand bassin, et la crête iliaque se perd sous les dernières fausses-côtes.

Les membres supérieurs, longs et grêles, ne sont pas déformés.

Le bassin est fortement incliné à gauche et en avant; dans la station debout, la vulve regarde presque en arrière. L'application du cliséomètre, pour tâcher de déterminer l'inclinaison du détroit supérieur, est rendue impossible par la vive sensibilité qui existe au fond du vagin. La même cause s'est opposée à la mensuration directe du diamètre sacro-pubien.

Membres inférieurs notablement déformés et incurvés en dehors. Leurs dimensions sont les suivantes:

	EN LIGNE DROITE		EN SUIVANT LES SINUOSITÉS	
	A gauche	A droite.	A gauche	A droite
Du grand trochanter au talon..	60 c.	60,2	64	67,5
De l'ép. il. ant. sup. au talon....	65	65		
De l'ép. il. ant. sup. au gd trochter	7	9		

DIMENSIONS DU BASSIN.

Antéro-Postérieures.

Diamètre de Baudelocque.	18 cent.
Conjugué diagonal (promonto-sous-pubien.	8
Coccyx pubien.	6

Transversales.

Entre les milieux des crêtes iliaques.	22
Entre les épines iliaques antéro-supérieures.	26
Entre les grands trochanters.	29
Diamètre bi-ischiatique.	11,2

Obliques.

De l'ép. iliaque antéro-sup^re^ droite à l'ischion gauche.	23
— gauche droit. . . .	24
De l'épine iliaque postéro-supérieure droite à l'ischion gauche.	21,5
— gauche droit. . . .	24,5
De l'épine iliaque postéro-supérieure droite à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.	19
— gauche — droite. .	22

Verticales.

De l'épine iliaque antéro supérieure à l'ischion, à droite.	16,5
— — à gauche. . .	17
Hauteur de la symphyse pubienne.	3

Ces caractères ne pouvaient laisser aucun doute sur la déformation rachitique du bassin qui devait être rangé parmi les bassins aplatis et rétrécis obliquement, la moitié gauche du détroit supérieur devant être considérée comme perdue pour l'accouchement. En considération de l'antéversion considérable du bassin et de sa déformation rachitique, je crus devoir retrancher 2 cent. du conjugué diagonal, et évaluer à 6 cent. la longueur du diamètre conjugué vrai. La vérifica-

tion directe faite ultérieurement a montré qu'il n'y avait pas eu erreur d'un seul millimètre.

Une consultation eut lieu quelques jours après, le 25 février, avec MM. les Docteurs Dubrueil, Professeur de clinique chirurgicale, Grynfeltt et Serre, Agrégés, Gerbaud, Chef de clinique obstétricale, Guibal, Chef de clinique chirurgicale, et Léon Coste. La grossesse étant arrivée à la fin du septième mois, il fut décidé, d'un avis unanime, que l'on ne pouvait pas même tenter l'accouchement prématuré artificiel sans être obligé de pratiquer la céphalotripsie et sans faire courir à la mère les plus grands dangers. Il fut convenu en conséquence qu'on attendrait le moment du travail et qu'on se tiendrait prêt à pratiquer immédiatement l'opération césarienne suivant la méthode du Professeur Porro, de Pavie.

La femme fut mise au courant de ce qui avait été décidé. Intelligente et parfaitement consciente de son état, prévenue que dans un cas elle sacrifiait son enfant, tandis que dans l'autre elle exposait sa vie pour lui, elle demanda quelques jours pour réfléchir et pour prendre conseil auprès de son frère. Peu de temps après, en effet, elle vint me déclarer qu'elle était prête à tout et qu'elle se soumettait d'avance à ce qu'on jugerait à propos d'entreprendre. La seule condition dont elle tint à s'assurer fut qu'on l'endormirait pour l'opération, ce qui naturellement lui fut promis.

Elle avait été mise déjà à un régime tonique spécial en vue de la placer dans des meilleures conditions de résistance, et elle prenait régulièrement du quinquina et du fer. Bientôt apparurent des vomissements mécaniques dus à la pression que l'utérus exerçait sur l'estomac et qui furent très facilement supprimés par des repas peu copieux et plus rapprochés. Rien de particulier à noter depuis lors. Etat général très satisfaisant aussi bien que l'état moral.

Le mercredi 9 avril 1884, à 11 heures du soir, je fus prévenu que les douleurs venaient d'apparaître et que la première avait été accompagnée de l'écoulement d'une partie du liquide amniotique mélangé d'un peu de sang. Je fis prévenir immédiatement quelques personnes qui m'avaient manifesté le désir d'assister à l'opération, et je me rendis à la clinique avec mon cher et savant Maître le professeur Dubrueil, qui avait bien voulu me promettre le concours de son expérience consommée et de ses précieux conseils.

Nous arrivâmes auprès de la patiente à minuit. Les douleurs continuent, énergiques et régulières, siégeant surtout au niveau des reins,

Le col, situé très haut et dirigé en arrière, est entièrement effacé et admet l'extrémité de l'index. On y sent la poche des eaux, mais elle est très flasque et reste molle même pendant les contractions. La rupture des membranes s'est faite évidemment en un point élevé. La tête fœtale, l'occiput en arrière, occupe toujours la même position au-dessus de la branche horizontale droite du pubis. Les bruits du cœur ne sont pas perçus, mais la femme sent toujours remuer en avant et un peu partout. Pour elle, elle est très calme et prête à subir l'opération pourvu qu'on l'endorme. Elle a eu deux selles aujourd'hui et a uriné comme d'habitude. Par précaution, néanmoins, je pratique le cathétérisme de la vessie avec une sonde d'homme ; le réservoir urinaire, entièrement déjeté à droite, ne contient que quelques gouttes d'urine.

En présence des contractions énergiques nettement établies, de la dilatation commençante du col et de la rupture prématurée des membranes, il fut décidé qu'il ne serait pas prudent d'attendre au jour pour opérer et qu'il fallait, dans l'intérêt de l'enfant, agir séance tenante. Un retard inévitable se produisit alors pour les préparatifs. Une petite chambre isolée et située dans une autre partie de l'hôpital Saint-Éloi avait été disposée à l'avance en vue de l'opération et de ses suites. Malheureusement elle n'offrait aucun aménagement favorable à une opération pratiquée pendant la nuit, et force fut de se servir de la salle d'accouchements de la clinique où l'on dut transporter tout ce qui avait été préparé d'avance dans l'autre pièce.

Le temps consacré à ces préparatifs permit à tout le monde d'arriver. Étaient présents M. le professeur Dubrueil, MM. les agrégés Gayraud et Chalot, MM. les docteurs Gerbaud, Guibal et Léenhardt, Mlle Puéjac, sage-femme en chef à l'école de la Maternité, et plusieurs étudiants, parmi lesquels trois internes de l'hôpital Saint-Éloi. Que tous me permettent de leur témoigner ici ma gratitude pour l'assistance qu'ils ont bien voulu me prêter.

Toutes ces précautions antiseptiques avaient été rigoureusement prises. Il me paraît inutile de les énumérer. Le pulvérisateur à vapeur de Lucas-Championnière fut mis en fonctionnement, chargé avec l'essence d'aspic et la solution phéniquée à côté du lit d'opération sur lequel la femme fut placée. Les jambes furent enveloppées d'une couche épaisse d'ouate et confiées à deux aides. M. Guibal voulut bien se charger de l'anesthésie, et MM. Chalot et Léenhardt se chargèrent de la contention des intestins. Au moment où ces Messieurs prenaient

place à côté de la patiente, on s'aperçut que les pièces de flanelle nécessaires pour protéger l'intestin contre le contact de l'air avaient été oubliées. Un temps assez considérable fut employé à s'en procurer, mais ce nouveau retard fut plus utile que fâcheux, car la parturiente, qui commençait déjà à céder à l'influence du chloroforme, fut prise à ce moment-là de troubles nerveux qui nous inquiétèrent un instant. La face était contractée, les yeux convulsés et la respiration, un instant suspendue, prit un caractère saccadé et stertoreux qui simulait la fin d'une attaque d'éclampsie. Heureusement ce n'était qu'une fausse alerte qui se dissipa rapidement pour ne plus revenir, et le sommeil anesthésique reprit un cours régulier.

L'opération fut donc commencée le jeudi 10 avril 1884, à 2 heures 35 minutes du matin. La peau de l'abdomen fut incisée au moyen d'un bistouri convexe suivant une ligne oblique commençant à 5 ou 6 cent. au-dessus de l'ombilic, passant à gauche de la cicatrice ombilicale, et venant se terminer au niveau de la ligne blanche, à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. La longueur totale était de 16 à 18 centimètres. L'utérus fut rapidement mis à découvert. La paroi abdominale, extrêmement amincie, présente à peine quelques faisceaux musculaires très écartés et ne renferme que quelques vaisseaux insignifiants : une seule pince hémostatique fut nécessaire.

A 2 h. 40, incision de la paroi utérine au moyen du bistouri, sur une longueur de quelques centimètres seulement et sans traverser la paroi qui est très épaisse. Quantité de sang relativement peu abondante. Immédiatement, ouverture de la paroi utérine au moyen des doigts seulement, par dilacération, suivant le précepte de M. le Professeur Tarnier ; hernie du placenta ; j'élargis rapidement la déchirure de la paroi utérine, et en plongeant la main au travers du placenta, je pénètre dans la cavité de l'œuf et saisissant le genou droit qui s'offre à ma main, j'extrais sans aucune résistance l'enfant, qui est suivi du placenta et des membranes, et qui crie immédiatement avec une énergie de bon augure, malgré la présence d'un circulaire autour du cou.

L'extraction avait lieu à 2 heures 43.

La paroi utérine, fortement rétractée déjà, ne laisse pas écouler une grande quantité de sang ; la plus grande partie du liquide qui baigne le sol est formée par le liquide amniotique. L'utérus, très diminué de volume, est très facilement amené hors de la plaie abdominale. Malheureusement plusieurs anses intestinales s'échappent avec lui et une assez grande étendue du gros intestin qui ne peut pas être maintenue

reste plus ou moins exposée à l'air jusqu'à la fermeture de la paroi abdominale.

Un tube de caoutchouc enroulé deux fois autour de l'utérus, au-dessous des ovaires et des trompes, arrête complètement le peu de sang qui continuait à sourdre de la paroi utérine. Les parties sont épongées. Deux broches en croix sont passées au-dessous du tube de caoutchouc. Ligature de l'utérus au-dessous d'elles au moyen d'un fort fil de fer et du serre-nœud de Cintrat.

Amputation de l'utérus et des ovaires à 2 h. 50.

Fixation du moignon à 3 h. 5.

Toilette du péritoine dont la cavité ne renferme presque rien ; les éponges reviennent à peine teintées par un peu de sang.

Il ne restait plus qu'à procéder à la suture de la plaie abdominale, lorsque la patiente qui est réveillée, se livre à quelques efforts et repousse au dehors de nouvelles anses intestinales avec une partie du grand épiploon. La difficulté de réduire retarde la suture de la plaie qui n'est terminée que vers 3 h. et demie. Elle comprend 8 points de suture profonde avec la soie phéniquée au moyen de l'aiguille de Reverdin, deux points reliant le moignon à la peau et quatre points superficiels de suture entortillée.

Immédiatement on administre à la mère une cuillerée de potion alcoolique avec 5 gouttes de laudanum de Sydenham. La peau est ensuite nettoyée, le moignon badigeonné au perchlorure de fer et le pansement de Lister appliqué avec une couche épaisse d'ouate phéniquée.

A 4 h. du matin, la femme est installée dans son lit.

L'enfant, du sexe masculin, a toutes les apparences d'une bonne constitution et d'un développement normal. Il pèse 2850 gr. La longueur totale est de 51 cent. Les dimensions de la tête sont les suivantes.

Diamètre	occipito-frontal.	0,115
—	occipito-mentonnier	0,130
—	biparietal	0,090
—	sous-occip.-bregmatique . .	0,095

La journée du 10 se passe d'une façon très satisfaisante, et sans rien de particulier. L'opérée éprouve seulement une grande fatigue et un grand besoin de sommeil qu'elle ne peut pas satisfaire. Mais elle est très calme, heureuse d'être délivrée, persuadée que tout danger est passé. Le facies est normal, la peau moite, le pouls fréquent, mais normal. Vers le milieu de la journée, elle se plaint d'avoir trop

chaud. Elle avait été placée dans son lit enroulée dans une couverture de laine, elle se la fait enlever. On a continué à administrer la potion alcoolique.

Prend, dans l'après-midi, un peu de bouillon glacé et champagne frappé.

A 5 h. du soir, la potion alcoolique lui répugne et l'interne prescrit une potion avec 10 gouttes de teinture de digitale et 20 gouttes de laudanum.

10 h. soir. P. 140, T. 37°8, R. 44, calme et régulière. Légère douleur dans le bas-ventre avec élancements par intermittence. Peau fraîche avec un peu de moiteur au front. Se plaint toujours d'avoir trop chaud. A uriné deux fois spontanément sans difficulté ni douleur. Léger écoulement sanguinolent à la vulve.

11 avril, 9 h. m. Pas de sommeil cette nuit, sauf pendant trois quart d'heure environ ce matin vers 7 h. et demie. A uriné une fois spontanément. Vomi deux fois après avoir pris un peu de bouillon. Ne veut plus de champagne ; préfère un peu de limonade.

Etat général satisfaisant, mais se plaint d'une soif vive. La langue est bonne, mais moins humide qu'hier. Facies normal.

P. 128, très petit et souple. T. 38°2. R. 36.

Légère odeur lochiale à la vulve. Lavages à l'eau phéniquée.

5 h. s. P. 144. T. 39°6. R. 33. A vomi une fois demi-heure après sa potion. A uriné deux fois facilement. Soif vive. Langue bonne, fraîche, plus humide que ce matin. Ne souffre plus du bas-ventre excepté quand elle essaye de se remuer. L'écoulement vulvaire continue, sans aucune odeur.

10 h. s. P. petit 152-160. T. 39°1. R. 36,40. Se sent faible. Injection sous-cutanée d'éther, 75 centigr. environ.

12 avril, 7 h. m. P. 140 un peu relevé, T. 37°4. R. 36. A eu cinq vomissements cette nuit ; liquide d'un vert noirâtre, trois-quarts de cuvette environ. L'interne a pratiqué ce matin une injection d'éther.

10 h. et demie m. Pansement. Plaie abdominale en très bon état, réunie jusqu'au moignon, sans rougeur. Moignon volumineux, souple, a un peu suinté et traversé le pansement ; un tour est donné à la canule du serre-nœud. L'abdomen souple et légèrement sensible à la pression, n'est pas plus volumineux qu'à la suite d'un accouchement normal. Pansement renouvelé, lavage à l'eau phéniquée, application de poudre d'iodoforme. L'écoulement lochial continue. Rien du côté des seins.

4 h. et demie s Un vomissement vers 2 h. de l'après-midi, après le bouillon. Bon aspect. Se sent mieux depuis le pansement, disposée à dormir. Aucune douleur dans l'abdomen ni dans les reins. Aucune mauvaise odeur.

P. 120-128. T. 37°7. R. 28-36.

9 h. s. Vomi une fois le bouillon. Uriné deux fois. Ne sent rien au ventre, dit qu'elle est très bien. Facies bon. Langue humide. Soif moindre. Rien du côté des seins.

P. 112-120 très petit. T. 36°85. R. 28. Une injection d'éther.

13 avril, 9 h. m. Vomi 4 fois, liquide d'un vert moins foncé. Se sent plus fatiguée. Facies complètement changé, très amaigri et pâli ; yeux très enfoncés et cernés. Ne souffre pas du ventre, sauf un peu à la pression qui le trouve un peu plus volumineux et tendu.

P. 144, un peu relevé. T. 37°4. R. 36-40.

5 h. s. P. petit 148 T. 37°4. R. 36-40. Trois vomissements brun-verdâtre. Refuse de prendre. Même aspect. Ballonnement du ventre augmenté. Deux larges vésicatoires sur l'abdomen, injection d'éther, lavement de peptone.

10 h. s. N'a pas vomi, mais se sent mal à l'aise, agitée, agacée. A mal au gosier. Hoquet par moments. A pris un peu de bouillon et de jus de viande. A gardé le lavement de peptone.

P. 144 très petit. T. 37°6. R. 36.

Les vésicatoires n'ont rien produit ; ils sont trop petits. Les remplacer par deux autres très larges. Le météorisme est encore augmenté. Continuer.

14 avril 9 h. m. P. 144 filiforme. T. 37°2. R. 40. Peau notablement refroidie au toucher. A vomi 11 fois cette nuit. A un peu dormi depuis 5 h. du matin et se sent disposée à dormir ; mais c'est plutôt de la somnolence que du sommeil. Intelligence nette.

Injection d'éther. Les vésicatoires qui ont commencé à prendre sont laissés en place. Le pansement est renouvelé. La malade se soulève très bien elle-même sans souffrir. L'abdomen est très ballonné, mais très modérément douloureux à la pression. La plaie a très bon aspect. La plus grande partie du moignon qui se rétracte, est excisée au-dessus de la ligature. Encore un peu de suintement. Un tour est donné à la canule du serre-nœud.

5 h. s. P. 144. R. 40. Inquiète et agitée. A vomi trois fois. A pris 2 lavements de peptone, un peu de jus de viande et de champagne simplement glacé.

9 h. s. P. 128. T. 37°6. R. 40. Très agitée, se jette d'un côté à l'autre de son lit, veut se lever, pousse des cris, se plaint; subdélirium par instants. A vomi quatre fois entre 6 h. et 6 h. et demie en petite quantité, un liquide brunâtre, d'une odeur fade. A paru dormir par moments sans revâsser. A pris un lavement de peptone, du jus de viande et du champagne.

Les vésicatoires ont à peine pris à droite ; rien à gauche. En appliquer deux nouveaux et couvrir tout le reste de l'abdomen d'onguent napolitain belladoné.

15 avril, 9 h. m. Agitation et délire continuels. Refroidissement général. Pouls insaisissable. En soulevant le pansement pour examiner l'abdomen, on entraîne le moignon qui se détache entièrement tout seul avec les broches et la ligature et qui laisse voir une plaie considérablement rétractée.

Mort à 2 h. de l'après-midi, 130 h. ou au milieu du 6e jour après l'opération.

Autopsie pratiquée le mercredi 16 avril, à 4 h. du soir. 26 h. après la mort, par M. le Dr Gerbaud et par moi, en présence de MM. Dubrueil, Estor, Tédenat, Chalot, etc. Plaie abdominale parfaitement réunie, sauf au niveau du pédicule qui n'est pas adhérent à la paroi et qui est rentré dans le petit bassin. Péritonite diffuse tout le long du gros intestin, avec infiltration purulente par larges plaques sous le péritoine. La portion avoisinante de l'intestin grêle est très distendue et comme mouchetée de vergetures larges et très nombreuses. Rien dans la cavité péritonéale.

La mensuration directe avec le compas du diamètre sacro-pubien donne exactement 6 centimètres. Le promontoire fortement déjeté à gauche, rétrécit notablement la moitié correspondante du détroit supérieur. Les lignes promonto-cotyloïdiennes ou diamètre de Burns mesurent à droite 7 centimètres, à gauche 6 centimètres. (Les mêmes diamètres, pris au niveau de la distance minimum entre le promontoire et le fond de la cavité cotyloïde mesurent sur le bassin sec 7 cent.1 à droite et 5 cent. 5 à gauche. Le conjugué vrai, sans les parties molles, atteint exactement 6 centimètres.

C'est à dessein que je n'ai ajouté aucune espèce de commentaire à la relation qui précède; le temps me manque absolument pour développer les nombreuses réflexions que peut suggérer une observation de ce genre, et plusieurs d'entre elles trouveront place sans doute dans le travail que prépare sur ce sujet un des élèves de notre Faculté

pour sa thèse inaugurale. Mais j'ai tenu à publier le plus tôt possible ce cas intéressant pour les nombreux auteurs qui cherchent à établir une statistique exacte à propos d'une opération récente et dont la valeur est encore loin d'être fixée. Je me propose de revenir plus tard sur cette question lorsque j'aurai les loisirs nécessaires pour l'approfondir et lorsque le squelette préparé en ce moment par mon collègue le Dr Chalot pourra me permettre de me livrer à une étude minutieuse de ses déformations.

Quant à l'enfant qui a été extrait dans d'excellentes conditions de santé, il a tété avidement, dès le premier jour, une femme récemment accouchée à la Clinique et a continué à se nourrir avec énergie, au point de fatiguer deux ou trois nourrices qui lui donnaient le sein en même temps qu'à leurs propres enfants. Quelques jours après il a été placé en nourrice par les soins de l'Assistance publique.

Je ne veux pas oublier, en terminant, d'adresser les plus vifs remerciements à mon maître, le professeur Dubrueil, ainsi qu'à mon collègue et ami, le Dr Tédenat, pour les conseils précieux et l'assistance dévouée qu'ils n'ont pas cessé de me prodiguer pendant les soins consécutifs que j'ai eu à donner à mon opérée.

Montpellier, le 7 juin 1884.

Observation de Franzolini.

(*Gazzetta Medice di Turino*. 16 et 25 mai 1884).

Le vendredi 2 mai 1884, le Dr Franzolini a fait l'opération de Porro sur une femme de 36 ans. Il a suivi la modification proposée par Müller. Le rétrécissement pubien est très marqué. Le diamètre conjugué vrai est de 64 millimètres. Le bassin et tout le squelette présentent des déformations multiples à la suite d'ostéomalacie.

Quatre accouchements antérieurs bons. L'opération est accomplie pendant le travail qui est commencé depuis 12 heures. Les eaux se sont écoulées. Chloroforme. Depuis 1 heure le fœtus ne donne plus signe de vie. C'est un fœtus mâle à terme qu'on extrait mort. Traitement externe du pédicule. Clamp. Pansement antiseptique. Le sommeil est entretenu au moyen de laudanum et de chloral. L'opérée va d'abord assez bien. Elle meurt le douzième jour, à la suite de complications pleuro-pulmonaires graves.

Le quatrième jour de l'opération, les points de suture avaient été enlevés et le clamp resserré. La plaie est, dans toute son étendue, réunie par première intention. Nécrobiose régulière du moignon. C'est le dixième jour que commence une pleuro-pneumonie droite, manifestation épidémique de ce pays.

La statistique du Dr Godson parue dans le *British medical* du 26 janvier 1884 renferme 138 cas d'opération de Porro.

Daucourt y a ajouté les deux cas du Dr Fehling de Stuttgard (12 octobre 1883, janvier 1884) suivis de succès.

Ces 140 cas ont donné les résultats suivants :

Mères vivantes	62
Mères mortes	78

Ce qui donne comme taux de la mortalité maternelle le chiffre de 55, 7 p. 100.

Les quatre observations que nous publions, et qui malheureusement ont été suivies de mort changent cette proportion, et élèvent le taux de la mortalité maternelle au chiffre de 56, 95 p. 100.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
DUBRUEIL.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Bayer. — Op. de Porro. *Arch. f. Gyn. Band* XVIII *Heft* 3.

Bompiani. — Due ooforisterectomia Cesarea. *Annali de ostetricia, ginecologia et pediatria*, vol. III, 1881, p. 599. Proposta di modificazione al processo del Porro, même volume, p. 612.

Chalot. — Du pédicule dans l'opération de Porro, Montpellier 1883.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements. Paris 1883.

Daucourt. — Résultats cliniques éloignés des opérations césariennes et de Porro. Paris 1884.

Harris. — *Amer. journal*, avril 1878, p. 313.

Heussner. — *Central. für Gynæ*, n° 42, 1883.

Kabierske J. — Eine sectio Cœsarea nach Porro mit intraperitonealer stielversorgung (*Centralb. für Gynæk.*, 1883, n° 18-19.

Isaac E. Taylor. — *Amer. J. of. the. medic, Sc.*, July 1880.

Levis. — Breitag zinc statisk des kaiserschnittes mit excision der Gelarmutlerkôrpus (*Central. f. Gynæk*, n° 9, 1881).

Fehling. — *Central. für Gynæk.*, n° 9, 1881.

Fadden-Notsag. — New process for ligature and drainage in oblation of the uterus through the cervix (*Amer. J. of. obst.*, p. 880, 1882.

Garrigues. — The improved cœsarean section. *Amer. jour of. obst.*, avril, mai, juin 1883.

Godson. — *British medical journal* 26 jan. 1884, p. 142.

Maygrier. — Etude sur l'opération de Porro. Thèse de Paris 1880.

Mangiagalli. — Le piu recenti modificazioni del taglio cesareo. Milan 1884.

Müller. — L'opération césarienne à notre époque (Berlin 1882).

Pinard. — De l'opér. césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. *Ann. de gyn.*, déc. 1879, page 412.

Porro. — ¡Della amputazione utero-ovarica come complementi di taglio cesarea. Milan 1876.

Rein. — Sur l'excision sans perte de sang de l'utérus gravide. *Ann. gyn.*, avril 1879, p. 265.

Rumper. — Opér. Porro. *Revue des sc. médic. de Hayem*, t. XXIII, 1884, p. 225.

Salin. — Kaiserschmit nach Porro, Uterus duplex. *Hygiea* n° 3, 1881 et *Central. für Gyn.*, n° 9, 1881.

Sanger. — Gesellschaft für Gib in Leipsig 24 okt. 1882.

Schroder. — Laparotomie bei uterus myomen. *Arth. f. Gynæk.* B. XIII, S. 468.

Simpson. — On a case of cœsarean hysero-oophorectomy ou Porro' s operation with remarks (*Brit. med. journal* 11 et 18 juin 1881).

Tiboue. — *An. gynéc.* Déc. 1879, p. 429.

Wasseige. — *Bulletin de l'acad. de médecine de Bruxelles* 1880, *Revue des sc. méd. de Hayem*, juil. 1879, p. 211.

Welponer. — Lo spérimentale 1875.

Werth. — Opér. de Porro. *Revue des sc. méd.* de Hayem, t. XXI, p. 206, 1883.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Du manuel opératoire dans l'opération de Porro	11
Description de l'opération	13
Division en 6 temps	17
Incision de la paroi abdominale	17
Incision de l'utérus	20
Extraction du fœtus	22
Hémostase	24
Amputation de l'utérus et des ovaires. Traitement du pédicule.	31
Toilette du péritoine. Suture de la paroi abdominale. Pansement	61
Observations et statistique	64
Index bibliographique	78

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement

en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Du Manuel opératoire dans l'opération de Porro.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !